ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL

DE

L'ALIÉNATION MENTALE

ET DE

LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

ANNALES
MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL DESTINÉ A RECUEILLIR TOUS LES DOCUMENTS

RELATIFS A

L'ALIÉNATION MENTALE

AUX NÉVROSES

ET A LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

FONDATEUR

Dr J. BAILLARGER

Médecin honoraire de la Salpêtrière, membre de l'Académie de Médecine

RÉDACTEUR EN CHEF

Dr ANT. RITTI

Médecin honoraire de la Maison nationale de Charenton

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
BIBLIOTHÈQUE

NEUVIÈME SÉRIE — TOME QUATORZIÈME

SOIXANTE-NEUVIÈME ANNÉE

90152

PARIS

MASSON ET Cie, ÉDITEURS

LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 120

1911

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL

DE

L'ALIÉNATION MENTALE

ET DE

LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

Pathologie.

LE VAGABONDAGE CONSTITUTIONNEL

OU

DES DÉGÉNÉRÉS

Par le professeur MAIRET

INTRODUCTION

Le vagabondage et ses méfaits constituent une plaie sociale aussi vieille que le monde, et dont la guérison, poursuivie à travers les siècles, n'a jamais pu être obtenue. Aujourd'hui comme hier, nos villes et nos campagnes (1) sollicitent les pouvoirs publics de prendre

(1) Bérard. Le vagabondage en France. *Arch. d'anthropologie criminelle*, 1898, t. XVIII, p. 601.

les mesures nécessaires pour les réprimer; leurs plaintes se font même chaque jour plus pressantes. Loin de diminuer, en effet, le nombre des vagabonds augmente. Tandis qu'en 1830, il y avait 2.500 affaires pour vagabondage, il y en a eu 20.000 en 1890, et en 1899 on comptait 50.000 arrestations (1).

Cependant, le législateur n'est pas tendre aux vagabonds, à ces « gens sans aveu, qui n'ont ni domicile certain, ni moyens de subsistance, et qui n'exercent habituellement ni métier, ni profession ». Faisant du vagabondage un délit, il les punit de trois à six mois de prison, et, leur peine terminée, il les place sous la surveillance de la haute police pendant cinq ans au moins (art. 269-270-271 du Code pénal).

Et qu'on ne croie pas que la loi soit tombée en désuétude; à chaque instant, les autorités rappellent à qui de droit la nécessité d'une répression sévère du vagabondage. Au mois de juin dernier encore, le procureur général de la Seine attirait l'attention des commissaires de police de son ressort « sur la nécessité de réprimer le délit de vagabondage, si menaçant à l'heure actuelle, surtout pour la sécurité de Paris ».

Comment expliquer que, malgré la répression énergique dirigée contre lui, le vagabondage soit plus florissant que jamais? Cette apparente anomalie s'explique tout naturellement, si l'on veut bien réfléchir que le vagabondage n'est qu'un effet dépendant de causes profondes, et que, par suite, pour le supprimer, il faut supprimer ces causes, sinon on ne peut aboutir qu'à des résultats incomplets ou nuls; d'où l'inefficacité de la répression pénale, dont l'action ne peut être que palliative.

Il ne m'appartient pas d'étudier les causes du vaga-

(1) Pagnier. *Le vagabond*, Paris, 1910, p. 28.

bondage. Je dirai seulement qu'elles peuvent se diviser en deux grands groupes comprenant : le premier, des causes d'ordre social et économique ; le second, des causes d'ordre pathologique.

Des causes d'ordre social et économique. — Ce sont, entre autres, les modifications apportées à chaque instant par le progrès aux conditions économiques de tel ou tel métier, modifications qui font les ouvriers sans travail. Ce sont celles, malheureusement trop nombreuses, qui ont pour conséquence l'abandon moral de l'enfant. Ce sont celles encore qui font les récidivistes, cette graine de vagabond. Ce sont enfin celles qui pèsent sur certaines tribus, tels que les Romanichels.

Des causes d'ordre pathologique. — Elles proviennent soit d'une « insuffisance physique », soit d'une « insuffisance psychique ». Les vagabonds, relevant de la première de ces causes, sont des individus qui, par suite de certaines affections chroniques, « sont dans l'impossibilité de trouver aucun travail, et versent presque fatalement au vagabondage, compliqué de vol et de mendicité ». Les vagabonds relevant de la seconde cause « englobent les névrosés, les psychasthéniques et les psychopathes vrais ».

Quelle est la proportion numérique existant entre les vagabonds d'ordre social et ceux d'ordre pathologique ? Je ne sais exactement. Toutefois, certains médecins, se basant sur leur expérience personnelle et sur celle d'autrui, pensent que le nombre de ces derniers ne le cède pas à celui des premiers. Marie et Meunier (1) veulent même que, parmi les vagabonds adultes, ceux d'origine morbide soient les plus nombreux.

Quoi qu'il en soit de cette proportion et de son exagération possible, il n'en reste pas moins acquis qu'il est

(1) Marie et Meunier. *Les vagabonds.* Paris, 1908, p. 28 et 29.

tout un groupe, et un groupe important par le nombre, celui des vagabonds d'ordre pathologique, dont l'étude appartient au médecin. Ce dernier a donc son mot à dire dans la solution du problème du vagabondage.

Laissant au sociologue et à l'économiste l'étude du vagabondage non pathologique, je veux me restreindre à celle du vagabondage pathologique et même à celle du seul vagabondage pathologique d'ordre psychique. Ici même, je me limiterai encore et ferai porter tout particulièrement mes recherches sur le vagabondage d'ordre psychique lié à des anomalies de développement dans la constitution psychique de l'individu, au vagabondage des dégénérés, que je désignerai sous le nom de vagabondage constitutionnel. Cependant, je dirai d'abord quelques mots du vagabondage d'ordre psychique envisagé d'une manière générale.

CHAPITRE PREMIER

Le vagabondage pathologique d'ordre psychique en général.

Depuis longtemps déjà, les médecins ont montré que, parmi les vagabonds, il en est dont le vagabondage doit être rattaché à des troubles psychiques. Lorsque, en 1875, Foville (1) attirait l'attention sur les « aliénés voyageurs ou migrateurs », que leurs pérégrinations délirantes assimilent aux vagabonds et qu'on arrête volontiers comme tels, il regardait, comme connus de tous, quatre groupes d'individus ayant avec ces derniers « un point d'analogie, celui de se déplacer sous l'influence de l'état morbide de leur intelligence ». Ces quatre groupes comprennent :

(1) Foville. Les aliénés voyageurs ou migrateurs. *Ann. méd.-psych.*, 1875, t. XIV, p. 7.

« Certains imbéciles, qui ne peuvent s'astreindre à aucune résidence fixe, qui ont un véritable besoin de changer continuellement de place;

« Quelques malades atteints de folie instinctive, qui, lorsqu'ils sont repris de leurs accès périodiques, se sentent impérieusement poussés à quitter l'endroit où ils demeurent, et à aller dans d'autres parages se livrer à leurs actions délirantes;

« Des épileptiques, qui partent inconsciemment, font parfois de longs trajets, et se trouvent dans un endroit plus ou moins distant de leur domicile, sans savoir comment ils y sont venus, ni ce qui a pu les y conduire;

« Des déments, qui cherchent toujours à sortir, et qu'il arrive de retrouver très loin de leur point de départ. »

A ces quatre groupes de vagabonds pathologiques d'ordre psychique, Foville en ajoutait un cinquième, celui des « aliénés migrateurs », tous persécutés ou mégalomanes, voyageant, les premiers, pour échapper à leurs ennemis imaginaires, les seconds, pour aller à la poursuite de leurs chimères.

Toutefois, ce n'est guère que depuis quelque vingt-cinq ans que le vagabondage pathologique d'ordre psychique retient réellement l'attention des médecins.

C'est d'abord Tissié (1) qui, en 1887, dans sa thèse de doctorat sur les « aliénés vagabonds », étudie, à côté des fugues ou des voyages accomplis par les délirants, les hallucinés, les déments et les épileptiques, les fugues relevant d'une obsession, d'où le nom de *captivés*, qu'il donne aux individus de cet ordre.

C'est ensuite Meige (2) qui, en 1893, s'occupe de « certains névropathes voyageurs », véritables Juifs

(1) Tissié. Les aliénés voyageurs. *Th.*, Bordeaux, 1887, n° 29.
(2) Meige. Etude sur certains névropathes voyageurs (le Juif errant à la Salpêtrière). *Th.*, Paris, 1893, n° 315.

errants, passant leur vie à aller de ville en ville, de pays à pays, à la recherche d'un remède à leurs maux hypocondriaques.

Par la continuité de leur vie errante, les vagabonds de Meige réalisent le type du vagabond d'habitude, et se distinguent par cela même de ceux étudiés jusque-là en pathologie. Ceux-ci sont, en effet, en très grande majorité, des vagabonds d'occasion, des fugueurs ; ce sont des individus qui, sous l'influence d'un accès délirant ou autre, qui les entraîne, quittent, à un moment donné, leur domicile, mais le réintègrent aussitôt leur accès passé. Mais il n'en est pas moins vrai que, pendant leurs fugues, ils doivent être considérés comme des vagabonds ; d'ailleurs, ils sont volontiers arrêtés comme tels. Cependant, la distinction doit être maintenue cliniquement entre ces deux ordres d'errants ; elle s'impose, en particulier, pour les vagabonds que nous étudions spécialement.

Depuis Tissié et Meige, le vagabondage pathologique d'ordre psychique a attiré l'attention de nombreux médecins, et, de ce fait, son étude a subi une évolution. Suivons rapidement celle-ci en nous arrêtant plus particulièrement, sinon exclusivement, aux auteurs dont les recherches marquent quelque étape dans cette évolution. Nous donnerons ainsi au lecteur une idée d'ensemble de la question, et nous verrons, en outre, se dégager de cet ensemble le groupe des vagabonds que nous voulons plus particulièrement étudier, celui des vagabonds chez lesquels le vagabondage est lié à des anomalies de développement, est constitutionnel.

Pour mettre un peu d'ordre dans cet exposé, et, suivant en cela les données de la clinique, je diviserai les vagabonds en deux grands groupes : les délirants et les non délirants.

Vagabondage non délirant. — Les vagabonds

non délirants doivent, à leur tour, être divisés en deux sous-groupes, suivant qu'ils sont des vagabonds d'habitude ou d'occasion, des Juifs errants ou des fugueurs.

Les vagabonds d'habitude ont été peu étudiés en eux-mêmes, les auteurs qui s'en sont occupés se sont surtout attachés à leur chercher une formule pathogénique.

Pour Benedikt (1), ce sont des neurasthéniques atteints d'une neurasthénie physique, morale et intellectuelle, avec claustrophobie et surexcitation psychique qui les rend incapables de gagner leur vie par le travail ou, du moins, par un travail assidu et régulier.

Pour Pitres (2), ce sont des *déséquilibrés* ne pouvant tenir en place, par suite d'un besoin impérieux de se déplacer, de marcher incessamment.

Florian et Cavaglieri (3), s'inspirant des idées de Lombroso, font du vagabond *un type de régression*, un ancêtre attardé parmi nous.

Pour Pagnier (4), c'est un *dégénéré*, un individu qui, intellectuellement et cérébralement, est en état de moindre résistance.

Pour Joffroy et Dupouy (5), c'est un *paranoïaque*, c'est-à-dire un individu dont le tempérament est fait de susceptibilité, de méfiance et d'orgueil avec tendance native au vagabondage. Ces auteurs divisent les individus de cet ordre en deux groupes.

Les uns, véritables fous moraux, estiment que la

---

(1) Benedikt. Le vagabondage et son traitement. *Ann. d'hyg. publ.*, 1890, t. XXIV, p. 493-501.

(2) Pitres. L'automatisme ambulatoire et ses rapports avec l'épilepsie. *Congrès de méd. ment. et de neurol.* Session de Bordeaux, 1896, p. 316.

(3) Florian et Cavaglieri. *I Vagabondi.* Torino, 1899. Cité par Pagnier, *loc. cit.*, p. 56.

(4) Pagnier. *Loc. cit.*, p. 68.

(5) Joffroy et Dupouy. *Fugues et vagabondage.* Paris, 1909, p. 216 et seq.

société doit les nourrir, alors même qu'ils ne travaillent pas, volent qui ne leur donne pas ou se livrent à des actes délictueux ou criminels pour se venger d'un refus ou pour satisfaire leur haine de l'humanité.

Les autres, moins tarés dans leur jugement, sont inoffensifs; mais, comme les précédents, ils ont une soif si ardente de liberté et d'indépendance qu'elle les oblige à vivre en marge de la société, perpétuels errants, par refus de se plier à ce qu'ils considèrent comme un esclavage, aux règles et aux lois sociales.

Variable, on le voit, est la conception que se font les auteurs du vagabondage d'habitude; toutefois, derrière cette variabilité, existe une idée commune : ce vagabondage est lié à la constitution psychique de l'individu et, d'une manière générale, à la dégénérescence.

Les vagabonds d'occasion ou fugueurs. — Dès 1861, Falret (1), dans un très intéressant mémoire sur l'état mental des épileptiques, montrait que l'épilepsie pouvait donner naissance à des fugues et que ces fugues étaient ou bien intraparoxystiques, c'est-à-dire liées aux attaques, ou bien indépendantes de celles-ci, constituant, dans ce cas, des équivalents psychiques. Le *vagabondage épileptique* était ainsi mis en relief.

Avec Charcot (2), son domaine devait s'étendre. Se basant plus particulièrement sur une observation personnelle, Charcot étudie une nouvelle forme de fugue épileptique à laquelle il donne le nom d'*automatisme ambulatoire comitial.* Par le terme d'automatisme ambulatoire, il veut « caractériser cette situation qui consiste à marcher automatiquement sans qu'aucun caractère extérieur révèle chez l'individu en marche cet automa-

(1) Falret. De l'état mental des épileptiques. *Arch. gén. de méd.*, 1861, t. XVII, p. 464 et seq.
(2) Charcot. *Policlinique*, 1887-1888, p. 161.

tisme », et, par le qualificatif de comitial, il indique la nature du déterminisme de la déambulation.

Ce nouveau genre de fugue épileptique, qui représente toujours un équivalent psychique, se distingue des autres fugues de même nature par sa durée qui peut s'étendre sur des jours, des semaines même, et par l'habitude extérieure et les actes du fugueur qui sont naturels, tandis que la physionomie et les actes du fugueur épileptique ordinaire sont marqués au coin de l'égarement.

Bientôt, on s'aperçut que l'épilepsie n'était pas la seule névrose pouvant donner naissance à l'automatisme ambulatoire ; l'hystérie pouvait agir de même. Ici, nous retrouvons, en première ligne, le nom de Pitres (1) qui, dans ses leçons cliniques sur l'hystérie et l'hypnotisme, rapporte une observation d'*automatisme ambulatoire somnambulique*, voulant marquer par ce dernier qualificatif que la déambulation se produit en état second hystérique.

La *fugue hystérique* venait donc prendre sa place à côté de la fugue épileptique. Son domaine allait même bientôt s'étendre au détriment de cette dernière. Les observations d'automatisme ambulatoire comitial soumises à la critique apparurent comme des erreurs de diagnostic et comme relevant, non de l'épilepsie, mais de l'hystérie, si bien que l'automatisme ambulatoire comitial est actuellement fortement battu en brèche.

Le champ des fugues épileptiques se rétrécissait d'autant. Il allait se rétrécir encore en faveur de la *dégénérescence* que nous avons déjà vu être regardée par divers auteurs comme étant à la base du vagabondage d'habitude.

---

(1) Pitres. *Leçons cliniques sur l'hystérie et l'hypnotisme.* Paris, 1891, 56e leçon, p. 268 et seq.

D'abord, cette dégénérescence allait englober les captivés de Tissié, ces fugueurs par obsession, l'obsession étant, avec l'impulsion, d'après Magnan, le plus haut terme de la dégénérescence ou mieux du déséquilibre cérébral qui fait le fond de celle-ci.

Ensuite, allaient être ramenées dans son giron toutes les fugues impulsives avec conscience. Or, parmi les impulsions rattachées par Falret à l'épilepsie, il en est dans lesquelles la conservation de la conscience est nettement indiquée et qui doivent être attribuées non à cette névrose, mais à la dégénérescence.

Et, ainsi, on voit se constituer les *fugues névrosiques, liées à l'épilepsie et à l'hystérie*, et les *fugues liées à la dégénérescence*, et, aujourd'hui, le vagabondage non délirant est regardé comme pouvant relever de trois causes : la dégénérescence, l'épilepsie, l'hystérie.

Vagabondage délirant. — A partir du travail de Foville sur les aliénés migrateurs, l'attention des médecins fut attirée vers le vagabondage chez les aliénés. D'abord, les observations cliniques ultérieures confirmèrent et développèrent les enseignements contenus dans celles de Foville en ce qui concerne le délire des persécutions et la mégalomanie. Ensuite, d'autres observations montrèrent le vagabondage ne pas être réservé aux seuls persécutés et mégalomanes, mais s'étendre à d'autres genres d'aliénation mentale.

C'est ainsi que pénétrant davantage dans le mécanisme des fugues chez le persécuté, Joffroy et Dupouy divisent celles-ci en :

Fugue raisonnée ou vagabondage du délirant systématisé qui prépare et continue sa fugue pour échapper à ses prétendus persécuteurs. Dans ce genre de fugues, on peut faire rentrer la fugue conseillée, laquelle est provoquée par des « voix défensives » qui conseillent

au persécuté d'abandonner sa maison pour échapper, lui aussi, à ses persécuteurs.

Fugue par raptus, réalisée sous l'influence d'un paroxysme anxieux et, par conséquent, non raisonnée.

Fugue commandée par des hallucinations impératives et qui peut être ou non raisonnée.

C'est ainsi qu'au vagabondage des persécutés vient s'ajouter celui des *persécutés-persécuteurs* quittant leur domicile pour se mettre à la poursuite de leur victime (persécutés visiteurs de Ball).

C'est ainsi encore qu'aux fugues des mégalomanes de Foville se sont ajoutées celles des vagabonds mystiques, abandonnant leurs foyers pour obéir à l'inspiration de Dieu (Régis), ou à des hallucinations (Vallon et Marie), ou pour accomplir une mission sur la terre (Marie et Meunier) ; celles des « mégalomanes euphoriques », telles qu'on les rencontre chez les paralytiques généraux et chez les hypomaniaques délirants (Joffroy et Dupouy), celles du paranoïaque orgueilleux.

Voilà pour les persécutés et les mégalomanes ; mais, je l'ai dit, les faits montrent d'autres délirants pouvant faire des fugues, et ici, me laissant diriger par Joffroy et Dupouy, je trouve :

Les excités et les déprimés. — Les fugues des premiers se rencontrent dans l'hypomanie (excitation maniaque), chez le paralytique et l'alcoolique ; celles des seconds dans la dépression mélancolique.

Les confusionnels. — Les fugues liées à la confusion mentale se trouvent dans les intoxications (alcoolisme, morphinisme, etc.), les auto-intoxications, les infections, l'épilepsie, etc.

Enfin, ces auteurs étudient de plus près le vagabondage de l'idiot et du dément.

Telle est, exposée dans ses grandes lignes et aussi

brièvement que possible, l'évolution suivie par l'étude du vagabondage pathologique d'ordre psychique.

En même temps que cette étude précisait les données acquises antérieurement et mettait en relief de nouvelles, elle pénétrait la nosographie de chacune des formes et de chacun des genres de ce vagabondage. Cette nosographie est à l'heure actuelle assez avancée pour avoir provoqué déjà des travaux d'ensemble, tels ceux cités, de Pagnier, de Marie et Meunier et, en particulier, celui de Joffroy et Dupouy, qui résume bien, dans ses différentes parties, l'état actuel de la science sur la question. Je m'en suis aperçu, lorsque les hasards de la clinique m'ont amené, ces temps derniers, à étudier le vagabondage dans mes leçons.

En ce qui concerne le vagabondage délirant et le vagabondage lié à l'hystérie et à l'épilepsie, je n'ai guère eu qu'à m'inspirer des données contenues dans l'ouvrage de Joffroy et Dupouy. Il est bien à leur endroit des desiderata; mais ces desiderata n'enlèvent rien à la valeur des descriptions données par ces auteurs, et reprendre celles-ci dans un nouvel exposé serait aller à des répétitions. Il n'en a plus été de même pour le vagabondage non délirant, étudié en dehors de l'épilepsie et de l'hystérie, c'est-à-dire pour le vagabondage des dégénérés, qu'il s'agisse du vagabondage d'habitude ou du vagabondage d'occasion, des fugues.

Pour le premier, m'est avis que son étude est encore à peu près toute à faire. Les observations publiées à son sujet, même celles de Meige, ne permettent ni de se faire une idée de ce qu'est la vie errante des vagabonds de cet ordre, ni de pénétrer le pourquoi de cette vie, ni de distinguer les vagabonds d'habitude pathologiques des vagabonds d'habitude non pathologiques.

Pour le second, son étude est plus fouillée, mais

quand on l'envisage à la lumière de l'observation clinique, on voit qu'elle est encore incomplète à certains égards.

Si donc, dans l'état actuel de la science, le vagabondage délirant et névrosique a sa nosographie fixée, il n'en est plus de même de tout un genre de vagabondage non délirant, celui que les auteurs rattachent à la dégénérescence, celui que nous désignons sous le nom de vagabondage constitutionnel. Par suite, c'est à lui que nous nous attacherons exclusivement ici.

Ce genre de vagabondage, la clinique nous le montre ne pas être toujours semblable à lui-même dans ses manifestations. D'abord, il peut s'exprimer sous la forme d'un vagabondage d'habitude ou sous celle de fugues. En second lieu, si je l'envisage indépendamment de sa durée, les faits me le montrent :

Ou bien, être la manifestation tellement saillante de la dégénérescence qu'il semble absorber les manifestations de celle-ci à son profit et constituer une véritable entité nosologique. C'est le vagabondage qu'on peut appeler *vagabondage constitutionnel primitif* ;

Ou bien, être un symptôme important, mais un symptôme d'un groupe clinique, relevant, lui aussi, de la dégénérescence, mais constituant, en dehors de lui, un tout, une unité, et, à ce point de vue, il est à étudier dans *l'inversion morale et le déséquilibre* ;

Ou bien, pour me servir des expressions de Magnan, être un syndrome épisodique de la dégénérescence, c'est-à-dire une manifestation revenant par accès et relevant de *l'obsession* ou de *l'impulsion*.

Nous étudierons le vagabondage constitutionnel sous ces trois aspects.

(*A suivre*).

L'ASTHÉNIE POST-DOULOUREUSE

ET LES

DYSTHÉNIES PÉRIODIQUES (PSYCHOSE PÉRIODIQUE)

Par J. TASTEVIN

Suite et fin (1).

Les observations que nous venons d'examiner montrent, de la manière la plus évidente, qu'au début des accès de dépression de la psychose périodique, l'asthénie apparaît seule, et que les phénomènes émotionnels qui s'y ajoutent ensuite sont déterminés par les jugements que les malades portent sur leur état. C'est parce qu'ils *se voient* sans forces et contraints d'interrompre leurs occupations, c'est parce qu'ils *se rendent compte* que leur affection est récidivante et incurable, que ces malades sont inquiets, *serrés à l'estomac*. Mais cette inquiétude est normale, du moins qualitativement, et, même lorsqu'elle est exagérée, on doit la séparer de l'asthénie qui la détermine, comme on sépare de la syphilis ou du cancer, même quand elles sont morbides, les réactions émotionnelles qu'éprouvent généralement les syphilitiques et les cancéreux lorsqu'ils s'aperçoivent de leur maladie.

Cette subordination des phénomènes émotionnels à la connaissance qu'ont les malades de leur affection et de ses effets, est particulièrement manifeste dans les observations V et VII. Dans la première (asthénie chro-

(1) Voir les *Annales* de mars-avril et mai-juin 1911.

nique), le malade s'adapte à sa nouvelle situation, et sans que l'asthénie ait diminué, ces réactions disparaissent. L'observation VII est plus intéressante encore ; ici, la malade a des accès d'asthénie profonde : la difficulté à se mouvoir, l'épuisement rapide des autres observations, sont devenus l'impossibilité d'exécuter tout mouvement ; et le ralentissement des idées est remplacé par l'arrêt de toute idéation ; la malade n'a plus d'idées, ne pense à rien, mais aussi ne présente aucun phénomène émotionnel et ne s'inquiète même pas de son affection.

Ces états d'asthénie extrême qui, depuis longtemps, portent les noms de *stupeur* ou de *stupidité*, ont donné lieu aux conceptions les plus contradictoires. On crut d'abord qu'ils s'accompagnaient d'abolition complète des facultés intellectuelles ; puis Baillarger, observant des hallucinations et du délire chez des mélancoliques stupides, fit de la stupeur la plus haute expression de la mélancolie. Cependant, d'autres auteurs, Delasiauve Foville, étaient conduits par leurs observations à admettre que dans certains cas, en effet, la stupeur s'accompagnait d'hallucinations et de délire mélancolique, mais que, dans d'autres, les malades, revenus à la santé et se rappelant ce qui s'était passé autour d'eux, affirmaient n'avoir eu d'hallucinations ou d'émotions à aucun moment.

En réalité, la stupeur n'est, comme l'asthénie, qu'un syndrome, et, puisqu'elle est le plus haut degré de cette dernière, il est naturel qu'il soit possible de l'observer dans la plupart des affections où l'épuisement des forces se produit. On comprend, dès lors, qu'elle puisse s'accompagner, dans la mélancolie, par exemple, de délire, d'hallucinations ou de confusion. Dans les accès spontanés de stupeur de la psychose périodique, on n'observe généralement, peut-être même jamais, ni délire ni hal-

lucinations, et lorsque la stupeur est absolue, par conséquent lorsque toute idéation est supprimée, le malade n'a même plus l'inquiétude de son état. Les observations publiées et suffisamment précises en ce qui concerne les points qui nous occupent, sont très rares. Voici les éléments essentiels d'un cas bien observé par Foville (1) :

Obs. IX. — Un jeune homme de vingt-quatre ans, après un accès d'excitation maniaque survenu sans cause signalée et paraissant avoir duré plusieurs mois, tombe dans un état de stupeur : il est constamment immobile, ne répond à aucune question, a du gâtisme, laisse sa salive s'écouler de sa bouche, n'a au visage aucune expression et paraît indifférent à tout ce qui se passe autour de lui. Après huit mois passés dans cet état, le malade revient peu à peu à la santé.

« De ses récits, écrit Foville, il ressort que, pendant sa maladie, son esprit était comme engourdi; les opérations intellectuelles étaient à peu près nulles, et il se sentait anéanti; il souffrait physiquement surtout dans les articulations et la partie voisine des os. Malgré l'engourdissement de son esprit, il a toujours eu conscience des circonstances extérieures; il a su où il était, il a remarqué le changement de médecin; il entendait les questions qu'on lui adressait; s'il ne répondait pas, c'est qu'il n'en avait pas la force; c'est pour le même motif qu'il ne parlait pas. Mais cette situation mentale n'avait rien de pénible; il n'en éprouvait aucun chagrin, aucune tristesse; il a eu conscience de l'état extrêmement grave où il se trouvait, et a cru qu'il allait mourir, mais il n'en a pas été péniblement affecté; son intelligence assistait en témoin indifférent à ce qui le concernait lui-même. Jamais, à aucune époque, et je l'ai retourné de toutes les manières pour ne pas avoir de doute à ce sujet, il n'a eu aucune hallucination ni aucune idée délirante; rien ne lui faisait peur, il n'a jamais rien vu, rien entendu, rien senti, qui fût de nature à l'effrayer, ni qui lui fît une loi du silence. L'anéantissement a disparu peu à peu; il a senti les idées revenir et s'enchaîner logiquement; enfin il a pu parler et s'est trouvé heureux de se sentir rétabli. »

(1) Foville. Stupidité sans délire. *Archives cliniques des maladies mentales et nerveuses*, 1862.

L'absence de tout phénomène émotionnel dans ces états de prostration extrême, qui représentent le plus haut degré des accès de dépression de la psychose périodique, est un argument puissant en faveur d'une conception asthénique de ces accès. Il est en effet évident que si, dans ces derniers, les émotions douloureuses jouaient, comme dans la mélancolie, un rôle de quelque importance, elles devraient subir, dans les accès de stupeur, le même grossissement qu'y manifestent l'asthénie musculaire et le ralentissement des idées ; or, c'est précisément le contraire qui a lieu. D'autre part, dans la mélancolie, où la douleur émotionnelle est l'agent de la plupart des troubles et notamment de l'asthénie, celle-ci augmente graduellement et, lorsqu'elle aboutit à la stupeur, ce n'est qu'après plusieurs mois ; il n'en est pas de même dans les accès de stupeur de la psychose périodique : la prostration y est à peu près uniforme pendant toute leur durée, et cela montre encore son indépendance de toute émotion.

On est généralement obligé d'interner les périodiques qui ont de l'excitation maniaque. Par contre, l'asthénie ne rend jamais par elle-même nécessaire l'internement ; lorsqu'on est contraint d'y recourir, c'est le plus souvent à cause de réactions émotionnelles excessives et particulièrement d'idées de suicide surajoutées parfois à l'accès. La mélancolie périodique s'observe, en effet, le plus fréquemment dans la pratique privée ; c'est donc là qu'elle doit se montrer sous sa forme la plus simple, et nos observations, recueillies dans des asiles, par ce fait même, en représentant des types un peu compliqués. Le mémoire de Brachet, que nous avons cité à propos de l'asthénie post-douloureuse, va nous fournir un exemple d'accès spontané d'asthénie aussi simple que possible. On verra que la symptomatologie en est identique à celle des accès de mélancolie sans délire de

nos périodiques, mais qu'il ne s'y trouve ni idées de suicide, ni préoccupation excessive de l'état maladif. A vrai dire, Brachet ne signale aucun de ces derniers phénomènes; mais il les aurait certainement enregistrés s'ils s'étaient produits, car son observation est tout à fait remarquable par l'exactitude et la finesse de la description. Toutes les particularités de l'asthénie y sont notées et cependant l'auteur, sans doute parce qu'il utilisait des faits très disparates, n'a jamais isolé l'asthénie à l'état de syndrome et l'a caractérisée seulement par l'épuisement des forces musculaires. Il s'agit d'un premier accès d'asthénie chez une jeune femme, en sorte que nous ne savons rien au point de vue de la récidive, possible dans ce cas. D'ailleurs Brachet paraît n'avoir observé qu'un cas de ce genre, et il ignorait que ces accès se répètent habituellement. Voici cette observation (1) :

Obs. X. — « Mme C..., âgée de vingt-six ans, était à vingt ans mère de deux enfants. Elle s'était bien portée jusqu'alors. Sans cause connue et sans souffrance, elle sentit ses forces diminuer, et elle commença à maigrir. Le 10 avril 1828, voyant sa faiblesse ne lui plus permettre de se tenir levée, elle m'envoya chercher. Cette jeune personne naturellement douée de beaucoup de vivacité de corps et d'esprit, était pour lors dans un état de nonchalance et d'apathie extraordinaire. Depuis deux mois elle avait commencé à sentir moins de courage et moins de force. Les sens étaient dans une intégrité parfaite, mais ils étaient moins susceptibles d'application : ainsi elle entendait et elle voyait très bien, mais ses sens ne réveillaient en elle ni plaisir, ni désir; la lumière et le son produisaient une sensation passagère et fugitive, et sans accuser ni laisser d'impression vive. Mme C... comprenait bien et répondait juste à tout, sans poursuivre aucune idée et sans prendre part à la conversation, quelque intéressante qu'elle fût. Sans penser à rien elle paraissait distraite; quand on lui parlait de quelque chose qui était antérieur, elle se le rappelait très bien

(1) Brachet. *Mémoire sur l'asthénie*, 1829, p. 160.

et s'il fallait le chercher dans sa mémoire, elle ne pouvait pas s'en donner la peine. Quoique sensible, vive, prompte et passionnée, elle voyait tout avec calme, rien ne pouvait l'émouvoir; les objets qui lui étaient les plus chers ne paraissaient presque pas l'intéresser. Les mouvements étaient lents et sans énergie; elle fléchissait sur ses jambes. Sa voix était faible, elle ne pouvait parler que peu, et quoiqu'elle chantât bien, elle ne le pouvait plus. Elle ne se plaignait de rien, et elle disait ne point souffrir; elle ne sentait que la faiblesse et le besoin de se reposer. Les traits de la face n'étaient point altérés : ils n'avaient fait que suivre les progrès de l'amaigrissement. La langue était naturelle, humide, la soif nulle. L'appétit se faisait peu sentir et était bientôt apaisé : elle trouvait aux aliments et aux boissons leur saveur naturelle; les meilleures ne lui causaient ni plaisir, ni envie d'en prendre plus qu'elle n'avait besoin; elle mangeait peu : ce qu'elle mangeait se digérait avec lenteur, et, au lieu de trois repas qu'elle faisait ordinairement par jour, elle s'était réduite à deux. La région épigastrique et l'abdomen n'étaient ni douloureux à la pression, ni durs, ni tendus, ni ballonnés; aucun organe n'y paraissait ni engorgé, ni malade : les évacuations se faisaient longtemps attendre; elle demeurait quelquefois huit jours sans aller du ventre. Les urines étaient naturelles. La peau était souple et sèche. Le pouls était faible et lent : 60 pulsations par minute. La nutrition s'était exécutée régulièrement. » Ces phénomènes persistèrent pendant quelques jours encore, puis l'état de la malade s'améliora et devint normal assez rapidement. L'accès avait duré deux mois et demi.

Les observations précédentes nous ont montré des accès d'asthénie de longue durée; mais il peut arriver que les accès soient beaucoup plus courts et même qu'ils ne durent que quelques heures. Ces cas ne paraissent pas fréquents; voici, comme exemple, le résumé d'une observation publiée récemment par Bornstein (1) :

Obs. XI. — Un homme de cinquante-six ans, il y a

(1) Bornstein. Asthénia paroxysmalis. *Neurologische Centralblatt*, 1905, p. 696.

neuf ans, souffrit pendant trois mois de névralgies très intenses du sciatique et du trijumeau; l'année suivante, ces douleurs récidivèrent avec moins d'acuité; elles reparurent encore un an après, mais cette fois avec une intensité telle que le malade croyait qu'il allait devenir fou; elles ne lui laissaient aucun repos; elles durèrent environ six mois. C'est pendant cette période que le malade eut, pour la première fois, un accès d'asthénie d'une durée d'environ deux heures. Cet accès récidiva ensuite toutes les trois à quatre semaines jusqu'à il y a un an et demi environ. Le malade n'avait plus eu d'accès d'asthénie depuis plusieurs mois, lorsqu'il éprouva des douleurs très violentes dans la région sacrée, qui l'obligèrent à garder le lit; quelques jours après, il eut un nouvel accès d'asthénie qui, depuis lors, s'est reproduit tous les deux ou trois jours.

Ces accès ont une durée de quelques heures à deux jours, le plus souvent de quelques heures. Ils surviennent brusquement et disparaissent de même; ils se produisent à n'importe quelle heure du jour ou de la nuit, et sans phénomènes prémonitoires : brusquement, au milieu de la conversation, par exemple, le malade éprouve un affaiblissement général; sa voix s'éteint rapidement; il est obligé de s'asseoir ou de s'étendre, et parfois même se laisse tomber sur le sol. Pendant toute la durée de l'accès, il a nettement conscience de ce qui se passe autour de lui. Ses mouvements volontaires sont faibles et lents; sa marche est pénible, ralentie, oscillante; il se fatigue très vite. Il éprouve une difficulté très grande à penser, « c'est, dit-il, comme si le cerveau était vide ». Il devient indifférent à l'égard des siens. Il a les extrémités froides; il se plaint de froid, claque des dents et tremble si on le découvre; son pouls est petit et bat de 80 à 90 pulsations; les bruits du cœur sont un peu sourds; les mains et le visage présentent du gonflement. L'urine émise pendant les accès a un poids spécifique moindre que celui de l'urine de l'état normal; elle est moins toxique pour le lapin que l'urine émise après l'accès.

Avec les observations d'asthénie que vous venons de réunir, il nous est maintenant possible de compléter et de préciser les caractères de ce syndrome. Dans toutes, nous retrouvons l'asthénie musculaire et l'anidéation

que nous avions notées déjà en étudiant l'asthénie post-douloureuse ; mais ici, en raison de la longue durée des faits morbides, en raison aussi de la possibilité d'y observer des cas extrêmes (cas de stupeur), nous pouvons mieux caractériser ces éléments de l'asthénie.

Ainsi l'on voit que l'asthénie musculaire se manifeste par une tendance naturelle à l'immobilité et au mutisme ; par la lenteur et la difficulté des mouvements volontaires, par la lenteur et la diminution d'amplitude des mouvements automatiques, par la précocité de la fatigue ; par un sentiment de poids et de lourdeur du corps ; et, au degré extrême, par l'impossibilité de tout mouvement volontaire ou automatique et, par conséquent, par l'immobilité et le mutisme absolus.

L'anidéation est caractérisée par le ralentissement des processus intellectuels et la diminution de la remémoration ; à son plus haut degré elle se traduit par la cessation de tout phénomène intellectuel : il ne se produit plus de représentations dans l'esprit, mais les excitants extérieurs déterminent encore des sensations comme à l'état normal.

Un troisième élément que la faible durée de l'asthénie post-douloureuse ne nous avait pas permis de connaître, mais qui est à peu près constant dans les accès de dépression de la psychose périodique, est la constipation, traduisant l'asthénie intestinale. Il est particulièrement bien mis en évidence dans l'observation VI.

Il reste enfin un élément asthénique dont l'existence dans les accès dépressifs périodiques paraît assez incertaine : c'est l'asthénie cardiaque. Dans l'asthénie post-douloureuse, on observe toujours la faiblesse et le ralentissement du cœur ; de même, dans des accès de stupeur, on a noté un ralentissement considérable des battements cardiaques et de la circulation périphé-

rique, pouvant amener de la cyanose des extrémités ; dans l'observation de Brachet, le pouls a 60 pulsations par minute. Par contre, on observe, assez fréquemment même dans les accès de stupeur, l'accélération des battements cardiaques ; dans la plupart de nos observations, la fréquence du pouls était voisine de la normale ou la dépassait ; sans doute, même dans ces cas, l'énergie cardiaque peut être diminuée, mais les données que nous possédons sont insuffisantes pour l'établir.

L'asthénie musculaire, l'anidéation, l'asthénie intestinale, et peut-être l'asthénie cardiaque, sont dans les accès dépressifs périodiques, des phénomènes primordiaux et essentiels, c'est-à-dire qu'ils ne sont subordonnés à aucune des autres manifestations de ces accès, et qu'au contraire ces manifestations paraissent en dépendre. D'autre part, ils ont une physionomie commune ; ils traduisent, dans divers appareils de l'économie, un même trouble : une insuffisante production d'influx nerveux.

A côté d'eux se placent les manifestations des changements que subissent les dispositions émotionnelles dans l'état asthénique. On a pu remarquer avec quelle constance on observe dans les accès dépressifs périodiques, la diminution des sentiments affectifs : les malades s'émeuvent beaucoup moins et peuvent même être indifférents à l'idée du bien ou du mal qui pourrait arriver à leurs proches ; cette indifférence particulière des asthéniques se trouve notée dans les plus anciennes descriptions, comme celles de Brachet et d'Esquirol, et elle contraste singulièrement avec la tendance parfois excessive des malades à s'inquiéter de leurs propres maux, et même, ce qui est assez surprenant, de cette indifférence, elle-même. A part ce phénomène d'émotivité diminuée, il semble bien que les asthéniques ont, d'une manière générale, une disposition

plus grande au chagrin et à l'anxiété ; mais cette disposition varie beaucoup suivant les sujets, et, dans certains cas, paraît mettre en jeu des tendances morbides constitutionnelles. Du reste, il n'est pas certain que cette augmentation de l'émotivité douloureuse soit due à l'asthénie ; on sait, en effet, qu'un chagrin, une inquiétude, plus ou moins persistants accentuent l'émotivité douloureuse, et comme les asthéniques sont le plus souvent très inquiets de leur situation, c'est peut être plutôt à cette inquiétude qu'il faudrait rattacher l'augmentation de leur émotivité douloureuse.

Le malade de l'observation V nous fournit un bon exemple de cet ordre de faits : il « s'affecte » si le médecin passe devant lui sans lui parler, il « s'impressionne » s'il entend des conversations, qui peuvent être interprétées comme relatives à sa vie passée et fait par suite des interprétations délirantes. Mais ces interprétations sont des faits accidentels et passagers, subordonnés à des circonstances extérieures et qui ne modifient pas l'évolution de l'accès d'asthénie.

Il reste un troisième ordre de manifestations : celles qui, comme les idées de suicide, ont pour point de départ la préoccupation qu'ont les malades de leur état. Cette préoccupation les rend irritables : ils « s'énervent » facilement, sont de mauvaise humeur ; mais c'est là un caractère constant de l'état d'inquiétude ou d'anxiété. Incontestablement il est normal que les asthéniques s'inquiètent, et s'il n'en était pas ainsi, cependant qu'ils se savent atteints d'une maladie récidivante, et qu'ils voient le triste avenir qu'elle leur fera, on pourrait avec raison considérer cette indifférence comme morbide. Mais il est non moins contestable que certains malades ont des inquiétudes vraiment exagérées, puiqu'elles peuvent les pousser jusqu'au suicide ; il est probable que dans ces cas interviennent des dispositions constitutionnelles du

sujet au suicide et à l'hypocondrie. Parfois les malades sont très inquiets de voir diminuer leur affection pour leur famille. Il peut même arriver que l'inquiétude de leur état ou de leur inaffectivité soit le point de départ d'idées délirantes, notamment d'idées de ruine, de culpabilité, d'auto-accusation, et qu'un véritable état mélancolique se surajoute à l'accès d'asthénie ; mais ces cas paraissent exceptionnels. D'ailleurs, quelle que soit la complexité des accès dépressifs périodiques, ils diffèrent toujours profondément de la mélancolie en ce qu'ils ont pour base, de leur début à leur terminaison, un certain degré d'asthénie indépendant de toute émotion, tandis que dans la mélancolie l'asthénie est toujours un phénomène secondaire subordonné à l'intensité et à la durée des douleurs émotionnelles.

Qnant à l'excitation maniaque, à côté des manifestations hypersthéniques fondamentales : hypersthénie musculaire et idéative, on constate, comme dans l'asthénie, des changements dans les dispositions émotionnelles de l'état normal. Les dispositions exagérées au rire et à la colère sont les plus importantes ; à côté d'elles on observe l'hyperémotivité génitale et une propension très marquée à l'attendrissement. Cette dernière émotion se traduit notamment par des larmes, qu'il ne faudra pas considérer comme l'expression d'émotions douloureuses. D'autre part, les excités maniaques, bien qu'ils puissent éprouver du chagrin et de l'anxiété, ont une disposition très diminuée à ces émotions. Il est notamment très remarquable qu'au-dessus d'un certain degré d'hypersthénie, ils ne s'inquiètent plus ni de leur maladie, ni de l'internement auquel celle-ci les condamne.

La considération des changements d'amplitude et de rapidité que subissent les mouvements automatiques et

volontaires, lorsqu'ils sont exécutés aux divers degrés de l'asthénie et de l'hypersthénie, conduit à penser que ces mouvements ne sont pas suffisamment définis par leurs excitants habituels et par un état déterminé des nerfs moteurs et des muscles ; par exemple, en ce qui concerne les mouvements volontaires, les processus idéatifs qui leur donnent naissance et l'état des nerfs moteurs et des muscles ne suffisent pas à définir l'énergie de ces mouvements ; suivant le degré d'asthénie ou d'hypersthénie, les mêmes faits intellectuels déterminent l'arrivée dans les muscles de quantités très variables d'influx nerveux ; d'autre part, tandis que dans l'hypersthénie une grande dépense d'influx peut être très longtemps prolongée, dans l'asthénie l'influx s'épuise très rapidement. Il faut donc qu'entre les faits intellectuels et l'arrivée de l'influx dans les neurones moteurs prenne place un mécanisme, une fonction d'où cet influx tirerait son origine. Le jeu de cette fonction, qu'on pourrait appeler *fonction névrosthénique*, s'intercalerait, dans toute action volontaire, entre les processus représentatifs et les nerfs moteurs, pour fournir à ceux-ci l'excitant indispensable à la production des contractions ; dans les mouvements automatiques il interviendrait de même, puisque ces mouvements subissent, dans l'asthénie et l'hypersthénie, les mêmes modifications qu'y présentent les actions volontaires. L'idéation elle-même emprunterait à cette fonction l'excitant dont la mise en œuvre dans les centres cérébraux détermine la succession des idées, la lenteur ou la rapidité de cette succession accompagnant toujours les changements de même sens survenus dans les troubles moteurs au cours de l'asthénie ou de l'hypersthénie. Ainsi s'expliquerait l'évolution parallèle des troubles moteurs et idéatifs.

Dès lors, c'est à des perturbations de la fonction névrosthénique que seraient dus les accès spontanés

d'asthénie et de manie. Les affections que ces accès constituent en se répétant périodiquement seraient ainsi des névroses, ou mieux des psycho-névroses à cause du rôle qu'exercent sur l'idéation l'insuffisance ou la surabondance de l'influx nerveux. Pour cette raison, on ne peut conserver à ces affections les noms employés jusqu'ici de folie ou de psychose périodique. Le terme de folie leur est particulièrement peu applicable, puisque dans les accès périodiques d'asthénie, les malades conservent intacte leur raison ; d'ailleurs, à cause de son caractère péjoratif, ce mot devrait être, autant que possible, écarté de la terminologie psychiatrique. Quant à la dénomination de psychose ou de psycho-névrose périodique, elle ne peut être conservée puisqu'elle pourrait s'appliquer à toutes les psycho-névroses périodiques et particulièrement aux accès périodiques de chagrin et d'anxiété dont nous avons donné des exemples dans la première partie de ce travail.

On pourrait donc désigner sous le nom de *dysthénies périodiques* le groupe des affections périodiques que nous étudions ; ce groupe comprendrait : l'*asthénie* et la *manie périodiques*, où une même forme d'accès dysthénique se répète à intervalles plus ou moins réguliers, et l'*asthénie-manie périodique*, où des accès récidivants de manie et d'asthénie se combinent de diverses façons.

Il ne paraît pas rationnel de distinguer, dans l'asthénie-manie périodique, des variétés circulaire, alterne et à double forme, puisque, comme l'a montré Magnan, il est rare que chez un même individu les accès conservent le même ordre de succession. Les deux observations d'asthénie-manie périodique que nous avons examinées précédemment nous fournissent des exemples de cette irrégularité dans l'ordre des accès. Par contre, l'asthénie périodique a une existence clinique certaine ; l'observation III est, à cet égard, très significative,

puisque l'on y voit une femme de soixante-quatorze ans, ayant eu depuis l'âge de vingt-quatre ans environ quarante accès d'asthénie et jamais d'accès de manie. Avec la neurasthénie, la manie secondaire, l'asthénie et la manie chroniques, les dysthénies périodiques constituent le grand groupe des *psycho-névroses dysthéniques*.

A l'état normal, la fonction névrosthénique subit des diminutions et des augmentations d'activité entre certaines limites assez étroites ; ces variations d'activité paraissent avoir des causes nombreuses, telles que le travail musculaire ou intellectuel, les émotions douloureuses, les causes de joie, les phénomènes digestifs, etc. Mais accidentellement ou sous l'influence d'actions pathologiques, ces variations peuvent dépasser de beaucoup leurs limites habituelles ; c'est surtout dans le sens de l'asthénie que l'on pourra observer ces changements intenses : les agents asthénisants sont, en effet, nombreux et leur action peut être très profonde ; les excitations violentes des nerfs périphériques, les traumas cérébraux, les hémorragies, certaines infections, les émotions douloureuses intenses, peuvent déterminer un état asthénique atteignant le degré de la stupeur. Normalement, lorsque la cause dysthénisante a disparu, l'activité névrosthénique revient graduellement à l'état habituel. Mais il n'en est pas ainsi chez certains individus, sans doute prédisposés ; l'activité névrosthénique subit chez eux des altérations plus ou moins profondes qui parfois durent toute la vie. Les asthéno-manies secondaires que nous avons étudiées dans la première partie de ce travail sont des exemples de perturbations passagères de la fonction névrosthénique. Nous avons vu qu'aussitôt après un trauma violent, un accès asthéno-maniaque pouvait se produire (asthéno-manie

post-traumatique); mais il peut arriver aussi, sous la même influence, que le recouvrement graduel des forces ne se fasse pas complètement : le malade reste alors dans un état d'asthénie de plus ou moins longue durée (asthénie pathologique secondaire ou neurasthénie) et qui parfois devient chronique. Les mêmes perturbations peuvent être produites par des actions asthénisantes moins intenses, mais fréquemment répétées ; et c'est là l'étiologie habituelle de la neurasthénie.

D'autre part, on constate généralement au début des cas de dysthénie périodique, l'intervention d'actions asthénisantes excessives : les observations II et III nous montrent, au début de la maladie, un accès neurasthénique qui paraît dû, dans le premier cas, à du surmenage et à des hémorragies, et dans le deuxième, à des émotions douloureuses fréquemment répétées ; la malade de l'observation I a eu d'abord un accès mélancolique ; l'observation XI est tout particulièrement instructive : les névralgies intenses et de longue durée éprouvées par le malade, y apparaissent nettement comme la cause dysthénisante qui a donné lieu aux accès d'asthénie. Enfin, des cas ont été publiés où un trauma violent a été le point de départ d'accès périodiques d'asthénie et de manie. Il paraît donc certain que des actions asthénisantes intenses peuvent déterminer des dysthénies périodiques ; cette étiologie semble même être fréquente, mais des recherches basées sur un grand nombre de cas seraient nécessaires pour préciser ce point.

Nous avons indiqué, chemin faisant, les caractères différentiels de l'accès d'asthénie et de l'accès mélancolique ; nous n'y reviendrons pas. Ajoutons cependant que, tandis que l'accès d'asthénie se termine assez brusquement, l'accès mélancolique rétrocède généralement en plusieurs mois. Enfin, la mélancolie ne récidive pas

fréquemment, et il est très rare qu'un individu présente plus de deux accès dans son existence ; la mélancolie n'est pas une affection périodique.

C'est de la neurasthénie que les accès asthéniques des dysthénies périodiques se rapprochent le plus. Dans toutes ces affections, l'épuisement nerveux, l'asthénie, est le phénomène fondamental ; mais, dans la neurasthénie, il s'y ajoute de la céphalée, de la rachialgie, un sentiment général de fatigue, phénomènes qui, dans les dysthénies périodiques, s'observent rarement et, en tout cas, y tiennent peu de place. D'autre part, la neurasthénie est secondaire à l'action de causes dysthénisantes et s'établit lentement ; au contraire, les accès d'asthénie surviennent sans cause apparente et avec une certaine brusquerie. La possibilité de donner lieu à des états mélancoliques existe pour la neurasthénie comme pour les accès d'asthénie.

On ne confondra pas l'accès d'asthénie avec l'hypochondrie ; les caractères différentiels de ces deux états sont les mêmes que ceux qui distinguent la neurasthénie de l'hypochondrie. Cette dernière affection est une maladie émotionnelle, la neurasthénie et les dysthénies périodiques sont des maladies névrosthéniques.

Il existe un état de l'activité, généralement constitutionnel, qui par certains côtés ressemble à l'asthénie, on pourrait l'appeler *apathie*, nom qui lui est donné communément. L'activité motrice des apathiques, qu'il s'agisse de leurs mouvements volontaires ou de leurs mouvements automatiques, est très réduite. S'ils parlent, leur voix est lente, relativement basse ; leurs gestes sont lents, peu amples, et parfois même sont à peine marqués ; leurs mouvements volontaires sont exécutés avec lenteur ; leurs réactions motrices d'origine émotionnelle sont peu intenses, et les émotions surtout motrices, comme le rire, se produisent à peine : ils ne savent que

sourire. Quant à leur idéation, elle paraît ralentie. Jusqu'ici, ce tableau est celui de l'asthénie. Cependant les asthéniques diffèrent des apathiques par un caractère fondamental : tandis que les premiers sont rapidement épuisés lorsqu'ils se meuvent, les autres peuvent accomplir des mouvements intenses et les prolonger comme les individus normaux ; au point de vue de l'idéation, la remémoration ne paraît pas anormale chez les apathiques. L'apathie s'observe assez fréquemment chez les arriérés intellectuels : les imbéciles, les idiots ; c'est là qu'elle atteint ses degrés les plus marqués. Peut-être existe-t-elle, comme état acquis, chez les déments vésaniques ; mais ce point serait à vérifier.

L'apathie est intéressante à connaître au point de vue de l'activité neuro-musculaire ; elle y met en évidence les deux éléments suivants : d'une part la capacité de production de la matière nerveuse en influx nerveux, et, d'autre part, l'activité de la dépense de cet influx. Dans l'asthénie, en raison sans doute de la faible production d'influx, la dépense est peu marquée et l'influx s'épuise bientôt. Dans l'apathie, la dépense se fait lentement, en raison d'une disposition nerveuse constitutionnelle, mais peut être longtemps continuée ; des efforts énergiques, tels que supporter un lourd fardeau, peuvent même se produire comme à l'état normal. Ici, la capacité de production en influx paraît normale, mais la dépense en est ralentie.

De même qu'il existe des états constitutionnels de l'activité neuro-musculaire ayant les apparences de l'asthénie, il est des états, également constitutionnels, présentant la physionomie extérieure de l'hypersthénie. Mais ces états, sont-ils à l'hypersthénie ce qu'est l'apathie par rapport à l'asthénie, ou bien sont-ils de véritables états hypersthéniques ? C'est là un problème délicat et difficile à élucider ; car, pour établir l'exis-

tence d'un état *hyperpathique*, il faudrait montrer que l'hyperpathique s'épuise plus vite que l'hypersthénique, et cela est naturellement plus difficile que de comparer l'apathique, qui peut faire des dépenses de force nerveuse longtemps prolongées, à l'asthénique, dont l'épuisement nerveux survient très tôt.

Nous voici arrivés au terme de cette étude ; pour ne pas l'allonger démesurément, j'ai dû restreindre ou même écarter les développements que certains points comporteraient ; pour la même raison, je n'ai pu discuter la conception du professeur Kraepelin, malgré l'importance qu'elle tient du crédit qu'on lui accorde dans les milieux psychiatriques. Mais cette conception se trouve implicitement réfutée dans cette étude, puisque, plus encore que pour toute autre conception de la psychose périodique, il serait nécessaire, pour qu'elle fût vraie, que les accès dépressifs de cette maladie eussent une base émotionnelle (1).

---

(1) Dans le premier article de ce travail (numéro de mars-avril 1911), se sont glissées deux erreurs qui doivent se rectifier ainsi qu'il suit : *page* 180, *ligne* 2, *lire* : de ce phénomène *au lieu de* : de ces phénomènes ; *page* 195, *ligne* 17, *lire* : indépendant de la nature du processus, *au lieu de* : indépendant du processus.

DE LA PARALYSIE GÉNÉRALE

ET DE LA

TABO-PARALYSIE CONJUGALES

DANS LE DÉPARTEMENT DU NORD

1871-1909

PAR LES DOCTEURS

HANNARD et **GAYET**

Ancien interne des hôpitaux de Lille, Interne de l'asile d'Armentières.

Ancien interne de l'asile d'Armentières.

(**Travail du service du professeur agrégé RAVIART.**)

Suite et fin (1).

B. Observations XVII à XXV, dans lesquelles un seul des malades a été interné.

Obs. XVII. — *Mari, quarante ans, verrier, syphilitique; chancre de la lèvre contracté au contact de la canne d'un souffleur syphilitique, mort de paralysie générale; paralysie générale à forme dépressive. — Femme syphilitique, tabétique.*

B... (*Alexandre*), ouvrier verrier en bouteilles, quarante ans, admis à l'asile d'Armentières le 22 novembre 1902.

Un cousin germain (ligne maternelle) aliéné.

---

(1) Voir les *Annales* de mars-avril et de mai-juin 1911.

Fièvre typhoïde bénigne à vingt et un ans.

Il y a onze ans, B..., travaillant à la verrerie, y contracta la syphilis de la façon suivante : il était souffleur, et la canne, avant de lui arriver, passait successivement dans la bouche du « gamin » et du « grand garçon ». Or, le « grand garçon » avait un chancre de la lèvre.

Lui-même avait été infecté par sa femme, qui est de mœurs légères. Il y a deux ans, il présenta de la difficulté de la marche et de l'embarras de la parole, perdit la mémoire, tint des propos incohérents, exprima des idées de richesse; il mourut au bout d'un an. Sa femme, s'étant remariée, son second mari se plaint de douleurs incessantes dans les jambes. Un de ses amants est mort « tout enflé ».

B... présenta donc à son tour un chancre de la lèvre, suivi, au bout de trois semaines, de roséole et d'angine, puis d'alopécie et de maux de tête, survenant surtout le soir. Il transmit la maladie à sa femme, qui, dans la suite, a eu sept avortements consécutifs, s'approchant de plus en plus du terme : « c'étaient des enfants noirs, à la peau détachée ».

Les époux n'ont pas été soumis au traitement spécifique. Depuis quatre ou cinq ans, B... était devenu bizarre; parfois il refusait de travailler, se plaignait de maux de tête. Plus tard, il exprima des idées de richesse, voulut faire construire une maison. Depuis quelques semaines, il est devenu triste, s'accuse d'être la cause de la grève, s'imagine que sa femme, d'accord avec les médecins, veut l'empoisonner. Il la poursuit un couteau à la main ; lui-même a cherché à se pendre et se jeter par la fenêtre. Il ne dort plus la nuit, croit que les gendarmes vont venir le prendre, prétend que sa femme est morte, qu'elle a la figure froide.

Amené à l'asile, il paraît déprimé : sa mémoire est diminuée ; il se rend compte du lieu où il se trouve, mais ignore la date actuelle.

Les pupilles sont inégales (D>G), les réflexes pupillaires ne sont pas abolis. Tremblement des mains, tremblement fibrillaire de la langue, trouble de la parole, relâchement des muscles de la face; réflexes rotuliens normaux. Athérome artériel.

M. le Dr Kéraval conclut à la démence paralytique. L'état de B... subit peu de modifications jusqu'en mai 1903; à cette date, on constate chez lui une hémiparésie gauche et de l'exagération des réflexes rotuliens; le malade est dès lors soumis au traitement ioduré. Une légère amélioration se produit de

juillet à septembre ; à ce moment, apparaît de l'excitation intellectuelle avec turbulence et loquacité. En novembre, nouvel accès de dépression accompagné de préoccupations hypocondriaques ; six injections de 10 centigrammes de calomel.

Au début de 1904, B... redevient tranquille, mais ses facultés demeurent affaiblies ; il travaille un peu ; six nouvelles injections de calomel. Le 10 août, il tombe brusquement et se relève presque aussitôt.

En novembre, il reçoit cinq injections de 10 centigrammes de calomel ; il est, en outre, toujours soumis au traitement ioduré. On doit l'aliter.

En décembre, on constate l'abolition du réflexe lumineux ; le malade devient gâteux.

Il meurt le 2 février 1905.

Femme B..., venue à l'asile pour visiter son mari, présente en septembre 1903 des signes de tabes. Les pupilles sont inégales. Signe d'Argyll-Robertson. Fond de l'œil normal, embarras de la parole, tremblement de la langue et des lèvres, douleurs « en coups de lance » dans les membres inférieurs. Les réflexes rotuliens sont abolis.

En 1904, douleurs violentes dans les coudes, les genoux, les chevilles, crises gastriques, sensations d'anesthésie plantaire, dérobement des jambes. Les pupilles sont très paresseuses. Pas de signe de Romberg.

Depuis lors, la malade est toujours dans le même état et le Dr Loubry, qui la soigne, constate toujours chez elle les mêmes signes de tabes (novembre 1909).

Cette observation présente le plus grand intérêt : elle peut être rapprochée de celles rapportées par Morel-Lavallée et Bélières. Elle a la valeur d'une véritable expérience ; en effet, qu'y voyons-nous ?

Une femme, syphilitique, contamine son mari et probablement ses deux amants ; le mari meurt de paralysie générale ; le premier amant est mort « les jambes enflées », le second, toujours malade, a des douleurs dans les jambes. (S'agit-il de tabes ?) Le mari, verrier, porteur d'un chancre de la lèvre, contamine le souffleur, lequel, à son tour, donne la syphilis à sa femme. Ce

sont ces deux derniers qui font l'objet de notre observation et nous avons vu le mari succomber à la paralysie générale, la femme présentant tous les signes d'un tabes encore en évolution.

Que la syphilis soit ici le seul facteur à invoquer pour expliquer l'éclosion de la paralysie générale et du tabes dans tous ces cas, cela est hors de doute.

Obs. XVIII. — *Femme, quarante ans, syphilitique ; paralysie générale et tabes probable. — Mari, syphilitique, paralytique général.*

*M*me *X...*, quarante ans, admise à la maison de santé de Bailleul en mai 1904.

Mariée en décembre 1894, elle présente, quelques mois après, des boutons et des plaies aux parties génitales, puis une roséole constatée par un médecin, qui prescrit de l'iodure de potassium et du sirop de Gibert. A la fin de 1895, elle accouche d'un garçon, mort en 1898, de broncho-pneumonie. Il avait un crâne natiforme, des dents d'Hutchinson, du strabisme et un développement intellectuel nul. En 1898, naissance à sept mois d'une fille vivante, sans stigmates d'hérédo-syphilis. Elle est intelligente, d'un caractère violent, sujette à des enrouements passagers. En 1900, naissance à six mois d'un troisième enfant mort et macéré.

Peu de temps après, Mme X... remarque que sa vue baisse ; ses pupilles sont inégales ; elle se plaint de douleurs fulgurantes et en ceinture, de vomissements, de défécations pénibles.

Dès 1902, ces symptômes s'accentuent ; il s'y ajoute de l'anesthésie plantaire et de l'exagération des réflexes. Le traitement spécifique avait été institué et régulièrement suivi.

Lors de son admission, M. le Dr Dezwarte pose le diagnostic de paralysie générale.

Un ictus emporte la malade le 6 octobre 1905.

M. X... n'est pas interné.

Il s'était marié en décembre 1894, porteur d'un chancre de la verge. Il n'a suivi aucun traitement, sauf quelques frictions mercurielles et un peu d'iodure.

En 1902, sa mémoire s'affaiblit.

En avril 1903, il est aphasique et comme hébété pendant trois jours, puis reprend ses occupations.

En juin, il se fait arrêter ayant uriné publiquement dans la rue ; sa mémoire s'affaiblit.

Le 20 juillet, il est pris d'un hoquet incoercible avec tendance à la syncope et émisssion involontaire d'urine. L'accès dure deux heures et se renouvelle une dizaine de fois.

Le diagnostic de paralysie générale est posé de façon ferme à la suite d'une consultation.

Observation typique de paralysie générale conjugale, dans laquelle le mari syphilitique contamine sa femme, sitôt après l'infection, et présente, huit ans après, des symptômes manifestes d'affaiblissement intellectuel ; simultanément, la femme présente des signes de tabes et, les années suivantes, les symptômes de la paralysie générale.

Obs. XIX. — *Mari, trente-trois ans, paralytique général. — Femme tabétique.*

G... (*Emile*), paqueteur, trente-trois ans, admis à l'asile d'Armentières le 26 août 1898, sans antécédents héréditaires ou personnels connus, est, depuis quatre jours, dans un état d'agitation extrême.

A son arrivée à l'asile, il présente de l'affaiblissement des facultés, avec hallucinations terrifiantes de la vue et de l'ouïe, de l'inégalité pupillaire, de l'embarras de la parole, du tremblement de la langue et des extrémités.

Le diagnostic de paralysie générale est posé.

La mort survient le 30 avril 1908.

Mme G... (*Emile*) a eu un avortement, puis deux enfants vivants. Examinée lors d'une de ses visites à son mari, elle présente les signes suivants : inégalité pupillaire (D > G), signe d'Argyll-Robertson ; abolition des réflexes rotuliens, dérobement des jambes ; douleurs fulgurantes depuis sept à huit ans.

Dans cette observation, où le mari meurt de paralysie générale, tandis que la femme présente depuis

de longues années les signes du tabes, l'étiologie est obscure. Toutefois, la femme ayant fait un avortement, avant deux grossesses conduites à terme, nous avons une raison de plus de songer à l'intervention de la syphilis.

Obs. XX. — *Mari, quarante et un ans, hérédité psychopathique chargée; paralysie générale à forme expansive; réaction de Wassermann positive. — Femme tabétique, craintes de paralysie générale.*

L... (*Cyrille*), quarante et un ans, apprêteur, admis à l'asile d'Armentières le 27 janvier 1906.

Un oncle mort interné.

Nie la syphilis.

Depuis un an, L... emprunte de l'argent, fait des achats inutiles, commet des vols. Bien que marié, il demande à une voisine de devenir sa femme. Il cherche à mettre le feu chez lui et frappe les siens.

A son arrivée à l'asile, il exprime des idées délirantes absurdes de richesse et de grandeur : il est archi-millionnaire, il gagne 2.000 francs par jour, possède 200 châteaux. Il est docteur en médecine et en droit ; a deux femmes, belles et richement vêtues. Il a inventé une teinture dont une seule goutte suffit à teindre 100.000 kilogrammes de laine.

Les pupilles sont inégales, très déformées, immobiles à l'épreuve de Piltz ; signe d'Argyll-Robertson. Exagération des réflexes rotuliens. Tremblement de la langue et des doigts. Embarras de la parole. Escarre sacrée. Artériosclérose.

M. le Dr Chardon conclut à la paralysie générale.

L'état physique et mental du malade demeure stationnaire pendant quelque temps, puis s'améliore légèrement. A la faveur de cette rémission, L... quitte l'asile en janvier 1907, mais doit être interné de nouveau le 13 mai ; il présente à ce moment les symptômes constatés lors de la première admission.

En janvier 1908, L..., alité, gâteux, incapable de se lever depuis plusieurs semaines, est porteur d'escarres trochantériennes, il grince des dents ; parésie faciale droite, paralysie flasque du membre supérieur droit, demi-contracture du membre supérieur gauche et des membres inférieurs, avec exagération des réflexes rotuliens et trépidation épileptoïde.

La langue est agitée d'un tremblement marqué et la parole est très embarrassée. Les pupilles, toujours inégales, ne réagissent plus à la lumière, l'accommodation est très paresseuse.

La mort survient le 25 février 1908. L'autopsie confirme le diagnostic de paralysie générale. La recherche de la réaction de Wassermann, pratiquée en décembre 1907, avait été positive.

Femme L... (*Cyrille*), a pu être examinée à plusieurs reprises, alors qu'elle visitait son mari. Mariée il y a douze ans, elle n'eut ni enfants, ni avortements.

Le 26 février 1908, venue à l'asile pour l'enterrement de son mari, qu'elle paraissait aimer beaucoup, elle ne cesse de sourire; elle se plaint d'être devenue maladroite, de « casser beaucoup »; depuis un an, elle souffre de douleurs fulgurantes et de crises gastriques, marche de plus en plus difficilement, est presque aveugle.

Les pupilles sont inégales (G > D), en myosis. Strabisme externe de l'œil gauche, amaurose à gauche, amblyopie à droite. A l'ophtalmoscope, atrophie blanc-grisâtre des deux papilles.

Il existe une légère parésie faciale gauche; un tremblement très marqué de la langue, qui est déviée à droite; du tremblement des doigts.

Les réflexes rotuliens sont diminués. Artériosclérose.

Le diagnostic de tabes n'est pas douteux (Dr Raviart).

Obs. XXI. — *Mari, trente-trois ans, amant de la femme de l'observation XX; syphilitique; paralysie générale à forme dépressive, avec idées de négation. — Femme présentant des signes physiques permettant de craindre la paralysie générale.*

C... (*Georges*), employé de commerce, trente-trois ans, admis à l'asile d'Armentières, le 3 février 1908.

Pas d'antécédents héréditaires.

Syphilis contractée à l'âge de vingt-cinq ans. C... aurait été alors contaminé par Mme L..., qui fait l'objet de l'observation précédente; il s'est soigné six mois au sirop de Gibert et s'est marié à vingt-sept ans.

Malade depuis quelques années, il donne depuis un an des signes d'aliénation mentale : incohérence et absurdité des propos, périodes de mutisme. Persuadé qu'il est coupable, par sa négligence à se soigner, d'avoir provoqué son état actuel, il est triste, refuse de s'alimenter, a tenté de se suicider.

A l'arrivée à l'asile, il pleurniche, prétend qu'il est mort, pourri, qu'il est un grand coupable, profère de grossières injures à l'adresse de sa femme, l'accusant de le tromper et paraît halluciné : « Partez, sales bêtes ! », s'écrie-t-il, en repoussant ses couvertures.

Pupilles inégales (D > G), déformées ; embarras de la parole, tremblement de la langue ; abolition des réflexes rotuliens, abdominaux et crémastériens. Gâtisme.

M. le Dr Chardon pose le diagnostic de paralysie générale.

Jusqu'à sa mort, survenue le 31 mars 1908, C... présenta les mêmes idées délirantes. On dut l'alimenter à la sonde.

Femme C... (*Georges*), le 3 juillet 1908, se plaint de violentes céphalalgies et présente de l'inégalité pupillaire, sans abolition du réflexe lumineux. Elle avait eu, cinq mois après son mariage, un premier avortement à deux mois et demi, et, deux ans après, un second avortement à deux mois et demi environ.

Comme on a pu s'en rendre compte à la lecture, les observations XX et XXI sont unies par un lien étiologique étroit, Mme L... ayant été la maîtresse de M. C..., avant le mariage de ce dernier, et lui ayant, à ce qu'il prétend, communiqué la syphilis. L'un et l'autre contaminèrent alors leurs conjoints : M. L..., Cyrille, devint paralytique général, sa femme, tabétique et probablement paralytique ; M. C..., Georges, devint paralytique général, sa femme présentant des signes physiques permettant de craindre également l'apparition de cette affection. Fait peu banal, nous eûmes à l'asile, en même temps, ces deux hommes moribonds, dont l'un était visité par la femme, tabétique, presque aveugle, qui les avait l'un et l'autre contaminés.

Ces deux cas sont à rapprocher de ceux relatés dans la XXIe observation. A noter que les déterminations cérébrales ont apparu presque simultanément chez nos trois syphilitiques, environ cinq ou six ans après l'infection, et que les deux hommes ont succombé à un mois d'intervalle.

Obs. XXII. — *Femme, vingt-huit ans, débauchée, syphilitique; paralysie générale à forme dépressive. — Homme, trente-deux ans, syphilitique; paralysie générale.*

L... (*Maria*), découpeuse, vingt-huit ans, admise à l'asile de Bailleul, le 15 janvier 1904.

Pas d'antécédents héréditaires connus. Elle se livrait à la prostitution et a eu la syphilis, qu'elle a négligé de faire traiter.

Depuis cinq semaines, elle tient des propos incohérents et néglige sa tenue. Sa mémoire a diminué. Elle a dit à son voisin qu'elle allait se jeter sur les rails du tramway avec son enfant.

Admise à l'asile, elle présente un profond affaiblissement des facultés, accompagné de dépression (plaintes, pleurnicheries) et de signes physiques : embarras marqué de la parole, inégalité pupillaire (D > G), tremblement fibrillaire des lèvres et de la langue, difficulté de la marche.

Le Dr Cortyl rédige un certificat de vingt-quatre heures concluant à la paralysie générale.

La maladie évolue progressivement et aboutit à la mort le 25 février 1905.

Del..., célibataire, menuisier, examiné en 1907.

Attaques d'épilepsie depuis l'âge de seize ans, vertiges. Cinq ou six ans avant le début des troubles mentaux, il contracte la syphilis à la suite de rapports sexuels avec la fille L... Depuis dix-huit mois, ses facultés s'affaiblissent, il ne travaille plus régulièrement. A l'examen physique, inégalité pupillaire (D > G), signe d'Argyll-Robertson, embarras de la parole et tremblement de la langue, exagération des réflexes rotuliens.

Dans ce cas il ne s'agit pas d'époux; mais, ayant appris que Del... avait été contaminé par la fille L..., et l'un et l'autre étant devenus paralytiques, nous avons cru néanmoins devoir faire figurer ici leur observation. La femme, syphilisée la première, est morte deux ans avant que la paralysie générale devienne apparente chez le sujet qu'elle avait contaminé

Obs. XXIII. — *Mari, trente-huit ans, alcoolique; paralysie générale. — Femme, trente-trois ans, présentant des signes physiques et des troubles mentaux permettant de craindre la paralysie générale.*

D... (*Camille*), charretier, trente-huit ans, admis à l'asile d'Armentières le 2 mai 1902.

Antécédents héréditaires inconnus. Alcoolique. A eu plusieurs fois des « maladies vénériennes ».

Depuis trois ans D... paraît bizarre, il est sujet à de violents maux de tête. Son état s'est aggravé depuis quinze jours : il se montre jaloux, veut frapper sa femme, dort peu, se promène la nuit dans son grenier, où il a failli mettre le feu.

A l'arrivée à l'asile, il est déprimé et comme hébété, il nie être jaloux, parle de ses six enfants (il n'en a pas), se montre désorienté et confus. Il présente du tremblement fibrillaire de la langue et des muscles de la face, du tremblement des doigts, de l'achoppement syllabique, de l'exagération des réflexes rotuliens. Myosis. Artériosclérose.

Le diagnostic de paralysie générale est posé par M. le Dr Kéraval.

Au mois de juillet, on doit aliter le malade, qui s'affaiblit et devient gâteux. En 1904, survient une légère rémission : tantôt il est alité et malpropre, tantôt il est propre et peut se lever.

Le 3 octobre 1905, ictus avec hémiplégie gauche et obnubilation, suivi d'attaques épileptiformes continues. Ces accidents aboutissent à la mort le 13 octobre.

Femme D... (*Camille*), trente-trois ans, est toujours souffrante depuis son mariage. Actuellement (novembre 1902), elle se plaint de points de côté, de douleurs dans le dos, de violentes céphalalgies, d'étouffements. Sa mémoire diminue. Ses pupilles, inégales, réagissent à la lumière. Elle présente un léger tremblement de la langue.

Dans cette observation, la paralysie générale du mari est certaine, celle de la femme n'est que probable. On nous dit bien que le mari contracta des maladies vénériennes, mais nous ne savons rien de précis sur ce point.

Obs. XXIV. — *Mari, quarante-deux ans, paralysie générale. — Femme, paralysie générale probable.*

All... (*Aristide*), quarante-deux ans, tisserand, admis à l'asile d'Armentières le 30 juillet 1903.

Pas d'antécédents héréditaires ou personnels.

Ne travaille plus depuis 1902. Généralement sombre et abattu, il s'excite parfois, menace sa femme et la frappe. Gâteux, il dort peu, se promène en chemise, tient des propos incohérents.

Admis à l'asile, il est désorienté et exprime quelques idées de satisfaction ; sa mémoire a diminué.

Le réflexe lumineux et l'accommodation sont abolis. Achoppement syllabique, tremblement fibrillaire de la langue et des muscles de la face, tremblement des mains. Athérome artériel.

Le diagnostic de paralysie générale est posé (Dr Chardon). L'état mental du malade ne subit pas de modifications appréciables ; cependant, sur les instances de sa femme, All... quitte l'asile le 10 janvier 1904 ; il y est ramené le 17 mai, ayant failli mettre le feu chez lui. Il tient alors des propos puérils et présente des vestiges d'idées mégalomaniques.

Femme All..., se plaint de maux d'estomac, de céphalalgies, de vertiges, d'absences de mémoire. Les pupilles sont inégales. Il existe un léger tremblement de la langue. Mariée il y a quatorze ans, elle eut, neuf mois après le mariage, un garçon, mort à quatre mois de convulsions et un second enfant normal, trois ans après.

Comme dans l'observation précédente, la paralysie générale de la femme paraît n'être qu'au début. Au point de vue étiologique, nous ne trouvons à noter que la mort en bas âge, dans des convulsions, d'un premier enfant, né à terme.

Dans l'observation suivante, les malades n'ont pas été internés ; nous devons leur histoire à l'obligeance de notre distingué confrère, le Dr Chocquet.

Obs. XXV. — *Mari alcoolique, mort de tabes à cinquante-quatre ans. — Femme, cinquante-cinq ans, paralysie générale probable.*

Bea..., employé, sans autres antécédents connus que l'alcoolisme, et bien portant en apparence jusqu'en 1896, eut, à cette époque, à l'âge de quarante-cinq ans, un ictus, au cours duquel il resta sans connaissance pendant six heures. Depuis lors, il se plaignit constamment de douleurs dans les membres inférieurs, et put néanmoins reprendre son travail, qu'il abandonna seulement en janvier 1905.

Observé alors par M. le Dr Chocquet, il présenta tous les signes d'un tabes caractérisé, sans troubles mentaux et mourut, environ quatre mois plus tard à l'âge de cinquante-quatre ans, à la suite de nouveaux ictus.

Mme Bea... est âgée de cinquante-cinq ans. Elle a eu, un an après son mariage, un fils actuellement bien portant, mais présentant quelques stigmates dégénératifs. Depuis elle n'a plus eu d'enfants et n'a pas fait d'avortements. Fièvre typhoïde en 1882. Angines à répétition vers 1900. Depuis deux ans, elle est triste sans raison, apathique, indifférente à ce qui l'intéressait autrefois. Sa mémoire, son attention diminuent. Elle exprime des craintes immotivées, a des frayeurs nocturnes. Examinée le 3 décembre 1909, ses facultés intellectuelles apparaissent notablement affaiblies. Elle présente une légère désorientation dans le temps et des signes physiques de lésions cérébrales : inégalité pupillaire (D > G) avec abolition du réflexe lumineux et paresse de l'accommodation, tremblement de la langue et des muscles de la face, tremblement assez marqué des doigts, exagération des réflexes rotuliens.

A noter quelques stigmates dégénératifs ; adhérence lobulaire, moustache.

Le diagnostic de paralysie générale paraît très probable.

Observation intéressante à cause du début tardif des accidents chez la femme.

Tableau récapitulatif des

NUMÉROS des observations.	AGE à l'époque de l'internement.		CONJOINT interné le premier.	INTERVALLE entre l'internement des deux conjoints.	ANTÉCÉ		
					SYPHILIS		
	M.	F.			M.	F.	Intervalle entre l'infection et l'apparition de la P. G.
	ans.	ans.					
I. . . .	56	53	M.	3 ans.	»	»	»
II . . .	43	38	M.	1 an.	»	»	»
III . . .	38	38	M.	5 ans.	»	»	»
IV . . .	38	50	M.	4 ans.	»	»	»
V . . .	48	50	M.	1 an.	»	»	»
VI . . .	38	43	F.	5 mois.	»	»	»
VII. . .	50	46	F.	6 mois.	»	»	»
VIII . .	41	43	M.	3 ans.	Avouée.	»	15 ans.
IX . . .	47	42	M.	2 ans.	»	»	»
X . . .	43	46	M.	6 ans.	»	Probable.	?

vingt-cinq observations.

DENTS — AUTRES CAUSES		DIAGNOSTIC et forme clinique.		DURÉE du séjour à l'asile.	
M.	F.	M.	F.	M.	F.
Misère, débauche.	Misère.	P. G. expansive.	P. G. dépressive.	3 mois.	29 mois.
»	Alcool et débauche.	Excitation maniaque.	P. G. Accidents congestifs.	21 mois.	3 ans.
Traumatisme.	Misère et chagrins.	P. G. Démentielle, accidents congestifs.	P. G. expansive.	12 ans.	4 ans.
Hérédité vésanique.	»	P. G. démentielle.	P. G. expansive.	2 mois.	3 ans.
Alcool, hérédité vésaninique.	Alcool.	P. G. dépressive.	P. G. dépressive.	19 mois.	5 mois.
»	Hérédité vésaniqne, débauche, misère.	P. G. expansive (rémission).	P. G. démentielle.	1 an et 8 mois.	8 mois.
»	»	P. G. démentielle.	P. G. démentielle.	12 jours.	6 ans et 4 mois.
»	»	P. G. dépressive.	P. G. dépressive et tabes.	5 jours.	23 jours.
Frère jumeau paralytique (délire des négations).	»	P. G. (délire des négations), idées de suicide; accidents congestifs.	P. G. dépressive; idées de suicide.	2 ans 1/2.	6 mois.
»	Hérédité vésanique.	P. G.	P. G. expansive.	4 mois (transfert).	3 mois (transfert).

NUMÉROS des observations.	AGE à l'époque de l'internement.		CONJOINT interné le premier.	INTERVALLE entre l'internement des deux conjoints.	ANTÉCÉ		
					SYPHILIS		
	M.	F.			M.	F.	Intervalle entre l'infection et l'apparition de la P. G.
	ans.	ans.					
XI. . .	55	49	F.	2 ans.	»	»	»
XII. . .	68	50	F.	7 ans.	»	»	»
XIII . .	40	49	M.	3 jours.	»	»	»
XIV . .	40	35	F.	4 ans.	»	»	»
XV. . .	36	40	M.	2 ans.	»	»	»
XVI . .	46	46	F.	1 an.	»	»	»
XVII. .	40	»	M.	»	Signalée.	»	11 ans.
XVIII. .	»	40	»	»	Signalée.	Signalée.	8 ans.
XIX . .	33	»	»	»	»	»	»
XX. . .	41	»	»	»	Très probable.	Très probable.	6 ans.

ÉNTS		DIAGNOSTIC et forme clinique.		DURÉE du séjour à l'asile.	
AUTRES CAUSES					
M.	F.	M.	F.	M.	F.
Alcool.	»	P. G.	P. G.	1 an et 7 mois.	7 mois.
»	»	Démence paralytique et sénilité.	P. G.	2 mois 1/2.	1 mois.
Alcool.	»	P. G. démentielle.	P. G. démentielle.	13 mois.	1 mois (sortie).
Alcool.	»	P. G. démentielle.	P. G. démentielle ; accidents congestifs, rémission.	1 an.	1 an.
Misère.	Hérédité vésanique.	P. G. expansive.	P. G. expansive.	8 mois.	1 an.
»	Alcool.	P. G. démentielle.	P. G. démentielle et tabes probable; accidents congestifs.	1 mois.	6 mois.
Hérédité collatérale vésanique.	»	P. G. dépressive ; rémission.	Tabes.	3 ans et 4 mois.	Non interrnée.
»	»	P. G.	P. G. ; accidents congestifs; tabes probable.	Non interné.	1 an et 5 mois.
»	»	P. G.	Tabes.	10 ans.	Non interrnée.
Hérédité vésanique.	»	P. G. expansive ; rémission.	Tabes ; P. G. probable.	2 ans.	Non interrnée.

NUMÉROS des observations.	AGE à l'époque de l'internement.		CONJOINT interné le premier.	INTERVALLE entre l'internement des deux conjoints.	ANTÉCÉ		
					SYPHILIS		
	F.	M.			M.	F.	Intervalle entre l'infection et l'apparition de la P. G.
	ans.	ans.					
XXI . .	33	»	»	»	Avouée.	»	6 ans.
XXII. .	»	28	»	»	Signalée.	Signalée.	?
XXIII. .	38	»	»	»	»	»	»
XXIV. .	42	»	»	»	»	»	»
XXV. .	»	»	»	»	»	»	»

Telles sont les vingt-cinq observations que nous avons cru devoir relater, puis résumer dans le tableau ci-joint; l'intérêt qu'elles présentent est bien inégal : tandis que nombre d'entre elles n'apportent au problème étiologique aucun argument — autre que la conjugalité — en faveur de la syphilis, il en est, telles que les observations VIII, X, XVII, XVIII, XX et XXI, dans lesquelles son rôle est manifeste. Bien plus, ainsi que nous le faisions remarquer en les commentant, les observations XX et XXI, et surtout la XVIIe, ont à cet égard une valeur démonstrative vraiment considérable.

Dans ces cas, en effet, analogues à ceux, devenus

ENTS		DIAGNOSTIC et forme clinique.		DURÉE du séjour à l'asile.	
AUTRES CAUSES					
M.	F.	M	F.	M.	F.
»	»	P. G. (délire des négations).	P. G. probable.	1 mois.	Non interrnée.
»	Débauche.	P. G.	P. G. dépressive.	Non interné.	1 mois.
Alcool.	»	P. G.	P. G. probable.	3 ans et 5 mois.	Non interrnée.
»	»	P. G.	P. G. probable.	?	Non interrnée.
Alcool.	Fièvre typhoïde.	Tabes.	P. G. très probable.	Non interné.	Non interrnée.

classiques, de W. B. Goldsmith et de Morel-Lavallée et Bélières, on voit plusieurs personnes, quatre dans chaque cas, infectées par le même virus syphilitique, être atteintes de tabes ou de paralysie générale. Fait curieux, dans l'observation XVII, seule la femme qui contamina les malades est jusqu'ici demeurée indemne de toute affection du système nerveux. Morel-Lavallée fait semblable remarque à propos de son observation.

Cela ne nous prouve-t-il pas qu'il ne saurait être question, dans tous ces cas, de syphilis « à virus nerveux ». Doit-on incriminer la similitude de graine ou la similitude de terrain, se demandait le Dr Cullerre ; il nous semble qu'on peut répondre que c'est

le terrain et le terrain seul qui conditionne les déterminations nerveuses de la syphilis.

C'est là, croyons-nous, la raison pour laquelle, dans le nombre considérable de paralytiques généraux, on trouve si peu de conjoints atteints l'un et l'autre de cette affection.

La syphilis conjugale n'entraîne pas forcément la paralysie générale conjugale, qui demande, pour se trouver réalisée, le concours d'un ensemble de circonstances étiologiques : hérédité, alcoolisme, misère, surmenage, traumatisme, professions exposant à la congestion céphalique (exemple : le souffleur de verre de l'observation XVII).

Dans nos observations où la syphilis est nettement en cause, c'est au bout de quinze, onze, huit et six ans que les troubles nerveux se montrèrent, à peu près simultanément, chez les conjoints.

Remarquons aussi que nos malades avaient, pour la plupart, négligé de soigner leur syphilis ou n'avaient suivi qu'un traitement dérisoire.

Le tableau synoptique ci-joint indique l'intervalle de temps écoulé entre l'admission du mari et celle de la femme ; le plus souvent, c'est le mari qui est le premier interné (seize fois sur vingt-quatre), plusieurs fois, la femme a été la première malade, et il se trouve que, dans quelques-uns de ces cas, c'est elle qui paraît avoir apporté dans le ménage l'infection syphilitique.

A la paralysie générale s'est souvent associé le tabes ; il en était ainsi chez la femme dans quatre observations ; d'autres fois, un des conjoints (deux fois la femme, une fois le mari) est tabétique, l'autre étant paralytique, constatation de grande valeur au point de vue de l'origine syphilitique de ces deux affections.

Nous ne nous attarderons pas à discuter la question de savoir si la syphilis est en cause dans les observa-

tions où les renseignements ne la signalent pas. Chemin faisant, nous avons souligné ce qui militait en faveur de la spécificité ; nous n'y reviendrons pas, ne pouvant nous borner qu'à des suppositions et n'aboutir qu'à des probabilités.

Recherchant maintenant quelles particularités étiologiques autres que la syphilis caractérisent ces cas, nous notons : la fréquence des antécédents psychopathiques (huit fois sur vingt-cinq) ; la rareté relative de l'alcoolisme, mentionné une seule fois chez les deux conjoints et sept fois chez l'un d'eux (deux fois chez la femme, cinq fois chez l'homme) ; la misère chez les conjoints une fois et trois fois chez l'un d'eux ; la débauche est mentionnée trois fois chez la femme et une fois chez l'homme.

D'une façon générale, c'est à des malades relativement âgés que nous avons affaire : deux d'entre eux ont seulement trente-trois ans, un autre vingt-huit ans, la plupart ont au delà de quarante ans.

L'intervalle qui sépare la date de leur entrée à l'asile est relativement court ; il est le plus souvent inférieur à trois ans ; en général, c'est l'homme qui est interné le premier, six fois seulement ce fut la femme, et nous avons fait remarquer plus haut que, dans ce cas, elle semblait avoir été la première contaminée.

Assez souvent les conjoints ont un délire de même nature et, dans nombre de cas, ils présentent l'un et l'autre la forme démentielle simple.

Conclusions.

L'enquête à laquelle nous nous sommes livrés nous a montré que, pour une période de trente-huit années, 1.820 paralytiques généraux mariés ont été admis à l'asile d'Armentières et que, pendant le même laps de

temps, il en est entré 609 à Bailleul. Seize fois l'homme et la femme ont été atteints de la même affection et internés. Dans huit autres cas, seul, un des conjoints l'a été. Enfin une dernière observation est celle de sujets n'ayant pas été admis dans un asile.

Soit, en tout, vingt-cinq cas de paralysie générale conjugale, avec ou sans tabes.

Ce nombre est minime à côté de la multitude des paralytiques généraux observés ; c'est que, pour voir les conjoints présenter l'un et l'autre la même affection, il ne suffit pas qu'ils soient exposés aux mêmes facteurs étiologiques — l'infection syphilitique, par exemple — ; un concours d'autres circonstances prédisposantes est encore nécessaire.

Ce sera bien souvent la dégénérescence, chez des individus entachés d'hérédité psychopathique ; son importance semble affirmée par nos observations.

BIBLIOGRAPHIE

ACKER (LUDWIG). — Contribution à la casuistique de la paralysie générale. *Allg. Zeitschrift für Psych.*, XLIV, 1, 1887.

ALEXANDER (MARC). — *Allg. Zeitschr. f. Psych.*, 1904.

BABINSKI. — *Journal des Praticiens*, juillet 1910.

BABINSKI et BARRÉ. — Soc. méd. des hôp., 20 mai 1910.

BEAUSSART. — Tabétiques et paralytiques généraux, conjugaux et familiaux. *Journal de Neurologie*, 1910, 21, p. 341.

BERNSTEIN et ARTEMOFF. — Journal russe de Neurol. et Psych., 1903, p. 698, cité par Beaussart.

BONHOMME. — Deux observations de syphilis conjugal. *Bull. Soc. clin. de méd. ment.*, 1910, 8, p. 344.

BRASH (1903). — Cité par Régis. *Précis de psychiatrie*, 3e édition, p. 752.

BRELET. — Arch. gén. de méd., 1903, p. 239, cité par Beaussart.

CHARPENTIER. — *Rev. de Neurol.*, 1905-1906.

COLIN M. DOWALL. — *Journ. of sc. méd.*, avril 1909, cité par Beaussart.

CONSTANTINESCO. — *Bull. soc. sc. méd.* Bucarest, 1904-1905, cité par Beaussart.

CRÉTÉ. — Quelques observations sur la paralysie générale de la femme et la paralysie générale conjugale. *Thèse* de Paris, année 1899, n° 594.

CULLERRE. — Note sur la paralysie générale conjugale. Congrès de médecine mentale tenu à Rouen en 1890. *Comptes rendus des séances et Mémoires*, p. 240.

CULLERRE. — Un nouveau cas de paralysie générale conjugale. *Archives de Neurologie*, vol. XVII, 1904, p. 116.

DEWEY. — *The Chicago medical Recorder*, cité par Leroy. *Thèse* Paris, 1906, n° 197, p. 41.

DUPRÉ. — Paralysie générale progressive. In *Traité de Pathologie mentale* de Gilbert Ballet, p. 1040.

ETIENNE et SPILLMANN. — Société de dermatologie et de syphiligraphie. Séance d'avril 1898. Cités par Pourreyron, in *Thèse* Paris, année 1903, n° 185, p. 14.

EVRARD (H.). — Contribution à l'étude de l'étiologie de la paralysie générale progressive. *Thèse* de Paris, 1888-89, n° 337.

FRANCINE. — *The Journal of Nerv. ment. Diseases*, juin 1900, cité par Beaussart.

GARNIER et SANTENOISE. — Réflexions sur un cas nouveau de paralysie générale conjugale d'origine syphilitique. *Archives de Neurologie*, 2e série. Tome XIX, 1905, p. 99.

GHIRARDINI (G. V.). — Sulla demenza paralitica conjugale. *Rivist. Ital. de Neuropath. Psich. ed Electroterap.*, II, 9, 1910.

GILBERT BALLET et ROGUES DE FURSAC. — Article : Paralysie générale progressive. In *Traité de médecine* de Bouchard et Brissaud, p. 732.

GLORIEUX. — *Journal de Neurologie*, 1902, n° 2.

GOLDSMITH (W. B.). — Congrès des aliénistes américains de Saratoga, 1885. Cité par Morel-Lavallée, in *Revue de médecine*, 1893, XIII, p. 137.

GOTTSCHALK. — Tabes und progressive Paralyse bei Ehegatten. *Thèse* de Wurtzbourg, 1899. *Anal. in Neurologischers Centralbl.*, 1899.

HENRI. — *Thèse* de Bordeaux, 1894.

JOFFROY. — Revue de psychiatrie. Juin 1898. Cité par Pourreyron. *Thèse* de Paris, 1903, n° 185, p. 15.

JUNIUS (P.) et ARNDT (M.). — De la paralysie générale et de la tabo-paralysie conjugales. *Monatsschr. f. Psychiat.*, XXIV, I, 1908. An. in *Encéphale*, n° 4, p. 410.

KÉRAVAL (P.) et RAVIART (G.). — Observation de paralysie générale gémellaire homomorphe (délire des négations). *Archives de Neurologie*, 1902, n° 77.

KÉRAVAL (P.) et RAVIART (G.). — Cinq observations de paralysie générale conjugale. *Archives de Neurologie*, 1902, n° 78.

LALOU. — *Thèse* de Paris, 1898.

LEROY (H.). — De la paralysie générale conjugale et de ses rapports avec la syphilis. *Thèse* de Paris, 1906, n° 197.

LEROY. — Soc. clin. méd. mentale, mai 1910.

KRON. — *Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde*, 1898, cité par Pourreyron, in *Thèse* de Paris, 1903, n° 185, p. 14.

LUNDBORG (H.). — Dementia paralytica bei einem Ehepaar. *Psych. neurol. Wochenschrift*, n° 27, p. 301, 1902.

LUHRMANN. — Paralysie générale dans l'adolescence, et paralysie

générale ou tabes chez les époux. *Neurologisches Centralblatt*, juillet 1895. Anal. in *Ann. médico-psychol.*, t. IX, 1899, p. 491.

MABILLE (H.). — Syphilis et paralysie générale. Congrès de médecine mentale tenu à Rouen en 1890. *Comptes rendus des séances et Mémoires*, p. 70.

MARIE et BEAUSSART. — Paralysie conjugale et descendances paralytiques. *La Clinique*, 1911, 75, 77, et *Bull. Soc. méd. des hôp. de Paris*, 1911, n° 36, p. 876.

MAJOR. — Paralysie générale chez un jeune garçon. *British medicinal Journal*, 17 décembre 1892, cité par Leroy. *Thèse* de Paris, 1906, n° 197, p. 33.

MENDEL. — *Neurol. Centralbl.*, 1898, p. 22. Cité par Leroy. *Thèse* de Paris, 1906, n° 197, p. 32.

MENDEL. — Communication à la Société psychiatrique de Berlin. Séance du 14 mai 1888.

MENDEL. — *Allg. Zeitschrift für Psych.*, 1888, XX.

MENDEL. — *Neurol. Centralbl.*, 1895, p. 335.

MONKEMOELLER. — Paralysie générale conjugale et tabes. *Monatsschr. f. Psych. u. Neurol.* Bd. 8, p. 421, an. par Mendel, in *Jahresbericht über die leist. u. fortschr. auf. dem gebiete der Neurol. u. Psychiat.*, 1900, p. 983.

MOREL-LAVALLÉE (A.). — Paralysie générale et syphilis. *Revue de médecine*, 1893, XIII, p. 137.

PHELPS (1896). — Cité par Régis, in *Précis de psychiatrie*, 3e édit., p. 752.

PILCZ (A.). — Contribution à l'étude de la paralysie progressive, conjugale, héréditaire et familiale; in *Wiener Mediz. Wochenschr.*, nos 32-34, p. 1773, 1835, 1875. An. par Mendel, in *Jahresbericht über die leist. u. fortschr. auf. dem gebiete der Neurol. u. Psychiat.*, 1908, p. 1064.

POURREYRON (A.). — Tabes conjugal et tabes hérédo-syphilitiques. *Thèse* de Paris, année 1905, n° 185.

RAYMOND et SÉRIEUX. — Article : Paralysie générale du *Traité de médecine* de Brouardel et Gilbert.

RÉGIS et ANGLADE. — *Arch. cliniques de Bordeaux*, août 1892.

RÉGIS. — Précis de psychiatrie, 3e édition, p. 752.

RAECKE. — Progressive Paralyse und tabes bei Eheleuten. *Monastch. f. Psychiat. u Neurol.*, tome VI.

SCALOZOUBOFF et FOBORKOFF — *Revue russe de Neurol. et Psychiat.*, 1903.

SIMERLING. — Communication à la Société psychiatrique de Berlin. Séance du 14 mai 1888.

SOUQUES. — *Revue de Neurologie*, 1900, p. 338.

SPILLMANN. — Trois cas de syphilis conjugale avec paralysie générale progressive consécutive. *Province médicale*, 4 avril 1908.

TOPORTHOFF. — Clinique de Kasan, 1904-1905, cité par Beaussart.

WESTPHAL. — Communication à la Société psychiatrique de Berlin. Séance du 14 mai 1888.

ZIEHEN. — Contribution à l'étude des rapports de la paralysie générale et de la syphilis. *Neurolog. Centralbl.*, mai 1887, p. 198.

Médecine légale

DÉSÉQUILIBRATION MENTALE ET DIVORCE

AFFAIRE PAR...

RAPPORT MÉDICO-LÉGAL — JUGEMENT

Par le professeur REGIS

La discussion engagée par MM. Juquelier et Fillassier à la Société médico-psychologique sur l'importante question du divorce en matière d'aliénation mentale, a spécialement mis à jour un chapitre intéressant de cette question : celui du divorce dans le cas non plus de folie confirmée, mais de folie incomplète, de déséquilibration d'esprit.

Il existe, en effet, toute une série d'états pathologiques divers, intermédiaires entre la raison et la déraison proprement dite, qui entraînent au point de vue civil, notamment au point de vue du mariage, les mêmes difficultés qu'au point de vue criminel.

Pénalement, on le sait, l'embarras est souvent grand vis-à-vis de ces états, compatibles, comme l'a bien montré Jules Falret, avec un certain degré de responsabilité ou, si l'on veut, d'imputabilité, et, faute de pouvoir leur opposer nettement soit l'asile, soit la prison, on s'en tire dans la pratique en leur appliquant une solution bâtarde, celle de la courte peine, qui ne

résout rien et laisse la société désarmée à leur égard.

Civilement, la situation est la même. Le « demi-fou », époux impossible le plus souvent, n'est absolument justiciable ni du divorce, étant plus ou moins aliéné, ni de l'asile, ne l'étant pas assez. Son conjoint se trouve donc dans une impasse sans issue, et dans l'impossibilité absolue de se protéger et de protéger les siens contre cet hybride dangereux, qui n'est ni chair ni poisson, ni aliéné internable, ni sain d'esprit divorçable.

On n'a même pas ici, comme au criminel, la ressource d'un compromis, car on ne saurait appliquer à un déséquilibré un divorce temporaire ou un demi-divorce, comme on lui inflige une peine atténuée.

Force est, nécessairement, ou de refuser le divorce, en considérant le sujet comme un véritable aliéné, ou de le prononcer, sans tenir compte de ses tares psychopathiques.

C'est cette dernière solution que j'ai préconisée et obtenue, en 1896, dans l'affaire Par..., dont je reproduis *in extenso*, ci-dessous, le Rapport médico-légal et le jugement. Je suis heureux de rappeler que ce jugement émane de M. le Premier Président Delcurrou, le même qui, en 1895, voulut bien participer effectivement au Congrès des Aliénistes et Neurologistes de Bordeaux et y faire entendre sa voix si autorisée en faveur de l'enseignement de la psychiatrie dans les Facultés de droit.

MM. Juquelier et Fillassier, qui ont cité cette affaire à la Société médico-psychologique, souhaitent que le jugement de divorce auquel elle a abouti établisse en quelque sorte la jurisprudence dans les cas de ce genre.

Ils font remarquer que non seulement cette solution tranche décisivement une situation conjugale intolérable, mais encore qu'elle n'est en contradiction ni avec la législation actuelle sur le divorce en matière d'aliéna-

tion mentale, ni avec toutes les opinions qu'on peut professer sur la question.

Cela est vrai. Je suis obligé de dire, cependant, que cette solution, bien que je m'y sois rallié dans le cas cité, ne m'apparaît au fond que comme un pis aller, acceptable faute de mieux.

Elle a contre elle, pour nous, psychiatres, que nous sommes obligés, pour la faire prévaloir, de méconnaître un état psychopathique réel ; et que, si cette méconnaissance voulue s'explique, au fond, lorsqu'il s'agit de déséquilibrations simples et légères, elle devient un véritable artifice, en présence de déséquilibrations graves, confinant à l'aliénation mentale, entendue en son sens le plus large et le plus compréhensif.

Il en était ainsi chez Par..., déséquilibré à délire raisonnant, qui n'a dû d'être divorcé qu'au fait qu'il n'a pu être interné.

Malgré ces réserves, le divorce n'en reste pas moins, dans certains cas, la meilleure façon de dénouer une situation conjugale intolérable, vis-à-vis des sévices d'un déséquilibré.

Cela dit, voici les faits.

AFFAIRE PAR... : RAPPORT MÉDICO-LÉGAL, JUGEMENT

1° RAPPORT MÉDICO-LÉGAL

Nous, soussigné, docteur en médecine, chargé du cours des maladies mentales à la Faculté de médecine de Bordeaux, nommé par jugement de la Cour d'appel de Bordeaux en date du 9 mars 1896, à l'effet d'examiner le sieur Par..., négociant à Ra..., et, après avoir établi les commémoratifs du sieur Par..., consulté les enquêtes et autres documents de la procédure, de déterminer son état mental et le degré de sa responsabilité à l'époque contemporaine des faits d'injures et de sé-

vices qui lui sont imputés par sa femme à l'appui de sa demande en divorce ;

Après avoir prêté serment, consulté les dossiers et pièces diverses mis à notre disposition par les avoués des parties, après avoir longuement examiné le sieur Par... et interrogé sa femme, avons résumé dans le rapport suivant le résultat de notre mission d'expert.

I. — Faits.

M. Par... est âgé de quarante-huit ans. Son père, atteint d'affection cardiaque, est mort à soixante-huit ans, en état d'enfance, c'est-à-dire de démence. Sa mère est vivante et bien portante, elle a soixante-quinze ans.

Par... a deux sœurs et un frère, tous trois mariés mais faisant tous, paraît-il, mauvais ménage.

En ce qui le concerne, Par... n'a jamais eu de maladies graves. Il a été en pension jusqu'à quinze ans. A quinze ans, il est rentré chez ses parents, à la campagne, pour se livrer aux travaux de l'agriculture. Accidentellement blessé d'un coup de fusil à la chasse par son père et resté plus faible d'un bras, il devint apprenti quincaillier. En 1872, il créa à Ra..., avec des avances faites par son père, un magasin de quincaillerie et se maria trois ans plus tard, en 1875, avec une jeune fille qu'il « croyait connaître », dit-il, et qu'il aimait.

Dès les premiers temps de son mariage Par... paraît s'être montré difficile, vif, emporté, violent. Il s'irritait et maltraitait pour un rien sa femme, qui ne disait mot, de peur d'être rudoyée davantage encore.

Vers la fin de l'année 1893, Par... prit, vis-à-vis de sa femme, une attitude hostile et méprisante. Il refusait de se mettre à table avec elle, prétendant qu'elle en était indigne. Cela dura quelques mois, jusqu'au 12 juillet 1894, jour où les sentiments intimes de Par... éclatèrent tout à coup et firent pour ainsi dire explosion. Ayant simulé un départ pour la campagne, il se cacha dans son entrepôt. Dans la soirée, il quitta son poste d'observation, n'ayant rien constaté d'anormal, monta chez sa femme, la força à s'habiller, à descendre, l'amena au fond du magasin et là, lui montrant un revolver, lui

dit : « Il faut que tu m'avoues que tu me trompes avec X... ». Elle niant, une discussion s'engagea, qui dura jusqu'à 4 heures du matin. Par... voulait absolument que sa femme lui confessât sa culpabilité. Au matin, la même scène recommença et, à dater de ce moment, la jalousie de Par... ne connut plus de bornes.

Il est assez difficile de savoir à quel moment précis Par .. est devenu jaloux. Mme Par... croit qu'il ne l'avait jamais été jusqu'alors. Lui, prétend qu'il avait des soupçons depuis fort longtemps et qu'il n'a agi que lorsqu'il est arrivé à une certitude. Ce qui paraît confirmer son dire, c'est la lettre qu'il a écrite le 14 juillet 1894, à la sœur de sa femme, Marthe X..., lettre existant au dossier et que nous croyons devoir reproduire ici, en raison de son importance au point de vue de la constatation de son état mental à cette époque.

« Marthe X..., depuis quinze ans *j'accumule les preuves de l'infidélité de ma femme*, ta sœur. Vous êtes tous, sa famille, les trois quarts coupables de ce qui arrive par votre manière de faire vis-à-vis de moi depuis ce temps. Vous avez agi pernicieusement sur cette cervelle faible et facilement excitable, par vos paroles ridiculisant à chaque instant son mari; petit à petit vous avec creusé un abîme que je m'efforcerai incessamment de combler. Les grandes scènes si souvent renouvelées, tu le sais, c'était le terrain qui manquait sous les pieds et je voulais d'un grand effort le combler quand même. Vous étiez tous contre moi, j'ai dû vous chasser, entends-tu? chasser! Quand j'ai vu le mal irréparable, j'étais impuissant; quand j'ai commencé par ton père, j'espérais que la leçon serait comprise de tous. Nullement, les jérémiades n'étaient que pour mieux se dissimuler; j'ai continué et je suis à la fin. Toi qui m'as suscité *souvent des scènes en la soutenant*, je te veux comme témoin de la dernière entrevue, entends-tu? de la dernière, je veux que les Z..., les Ch..., les H... sachent de quelle honnêteté et de quelle droiture d'esprit j'étais bâti. Quand jadis je vous *demandais* MA FEMME et MES ENFANTS, je savais quel malheur je voulais éviter. MISÉRABLES *aveugles* que vous êtes, être la cause de MON DÉSHONNEUR !!! Ah! que mon cœur saignait en entendant vos projets d'avenir. Je voyais tout trop en

noir, sachant toute cette vie de contradiction et de mensonge. Je t'attends, mais ne suis pas pressé et surtout pas de sanglots, pas de bruit !?! MES ENFANTS, MES ENFANTS ! A cause d'eux, CHERS ÊTRES malgré tout, *car je puis avoir*, après la certitude du reste, DES DOUTES LES CONCERNANT, je n'ai pas voulu la preuve du fait, constater le flagrant délit, car il n'y avait alors que la vengeance, mais mes enfants !!! Ils m'ont seuls retenu. Je préfère de beaucoup A CAUSE D'EUX l'aveu SINCÈRE pour que je puisse accorder... si je puis l'écrire... *le pardon*. Ah ! ma chère Marthe, quand je vous disais que vous n'aviez rien vu ! Vous attendiez-vous à celle-là ? et je ne dis pas tout !!!

« Aidez-moi à relever de sa chute la mère de mes enfants ! pour mes enfants ! mettez un baume sur cette plaie de mon cœur qui saigne, que vous faites saigner depuis plus de quinze années !! et ayez confiance en le... FOU, oui, mais de douleur. *Signé* Par...

« P. S. — Viens avec du calme et non des nerfs... et quand tu seras sûre de toi. »

Cette lettre, malgré son ton mélodramatique et son air prétentieux, est certainement le reflet de l'état d'âme de Par... à ce moment. Comment en était-il arrivé là ? Voici, s'il dit vrai, ce qu'on peut supposer.

L'animosité de Par... contre sa femme tiendrait originairement à deux causes. La première, c'est qu'au lieu d'écouter docilement son mari, comme sa simplicité d'esprit lui en faisait un devoir, elle n'agissait qu'à sa guise ou sur les conseils de ses parents. La seconde, c'est que, malgré ses recommandations, elle fréquentait sans cesse les voisins et voisines du quartier. Et comme nous nous étonnons du peu d'importance de ce dernier grief : « Cela fait nombre », répond-il, et pour attester la gravité de ces fréquentations, il explique à mots couverts qu'elles n'étaient pas toujours inoffensives, qu'un jeune garçon de douze ans « s'y servit » de sa fillette, alors âgée de quatre ou cinq ans, et qu'une autre fois, survenu tout à coup, il aperçut une voisine tenant sur ses genoux un petit chien et une chienne, devant sa femme et ses enfants qui regardaient ce spectacle.

« Voilà, dit-il, des choses ignobles. On niera, Monsieur, on niera. On voit bien assez ces tableaux dans les rues, sans les étaler sous les yeux des enfants avec intention. »

C'est dans cette disposition d'esprit, accentuée par la résistance de sa femme à ses projets d'inventeur, dont nous parlerons plus tard, qu'auraient pris corps, chez Par..., les soupçons conjugaux restés jusqu'alors à l'état vague.

Plusieurs faits lui donnèrent l'éveil : Un jour qu'il se promenait avec quelqu'un, il entendit A..., un des amants supposés de Mme Par..., se disputer avec sa femme. Celle-ci reprochait à A... ses relations avec sa maîtresse. A... répondait que personne ne parviendrait à les empêcher et que si le mari venait à les découvrir, il le tuerait et se tuerait ensuite ou passerait en Amérique. C'est bien de lui qu'on voulait parler.

Un autre jour, il a entendu une voisine qui disait à un voisin : « Tout de même, tant dépenser d'argent pour faire amuser un bandit ! » Il a compris encore qu'il s'agissait de son ménage et qu'on faisait allusion aux générosités de Mme Par... pour son amant, générosités faites aux dépens de la caisse du magasin et qu'il évalue à un total de 20.000 francs.

Certain jour enfin, un ami lui dit, voulant l'éprouver sans doute, « voulant savoir s'il était content dans cette vie-là » : « Il y a dans le quartier une petite femme qui s'amuse bien. — Oh ! ça m'est égal, répliqua Par... ça ne me regarde pas. — Peut-être. — Dites-moi qui, je suis sérieux. — Vous l'apprendrez assez tôt. »

C'est tout cela qui peu à peu lui a ouvert l'esprit. D'autre part, certains propos, certains actes de sa femme lui donnaient également à penser. Ainsi, elle écrivait souvent. Quand il voulait s'approcher, elle enlevait les lettres, disant : « Je ne sais pas bien écrire, je ne veux pas que tu voies ».

Elle lui répétait aussi fréquemment d'un air indigné : « Tu ne sais pas combien de femmes écrivent à leurs amants ». C'était de sa part une tactique très adroite ; elle voulait le dépister. Avec cela, elle était toujours dehors.

Peut-être, au début, fût-il arrivé à l'arrêter, à la ramener. Mais elle était tenue par la peur de son amant,

l'être le plus violent qui existe, en même temps qu'elle obéissait à des influences étrangères. C'étaient les voisins, jaloux de ce qu'il réussissait, de ce qu'il se tenait à l'écart de tous les potins. C'était une dame dépitée de ce qu'il avait refusé ses avances autrefois et qui se vengeait aujourd'hui en favorisant l'inconduite de sa femme. C'étaient ses parents enfin qui la montaient et en particulier son beau-frère C..., qui se mêlait de tout chez lui et voulait commander, à ce point qu'il a dû mettre tout le monde à la porte et a failli avoir un duel avec ce C...

Au reste, les preuves de son malheur conjugal s'accentuaient de jour en jour.

Avec des hésitations et des réticences, Par... nous donne quelques-unes de ces preuves, d'ordre tout intime. Ainsi, il a constaté bien des fois que lorsque sa femme sortait, elle avait son parfum habituel. Quand elle rentrait, l'odeur était changée. Pourquoi, sinon pour effacer les traces de ses rapports adultères ? Il a également remarqué à diverses reprises, sur le linge de sa femme, des taches caractéristiques et, comme l'enquête en fait foi, a sollicité de la blanchisseuse un examen spécial à ce point de vue. Il a même gardé longtemps une chemise, comme preuve à conviction. Et comme nous lui faisons observer qu'il ne peut rien affirmer sans analyse, il nous répond qu'il sait parfaitement distinguer les taches de sperme des pertes blanches.

C'est de la sorte que les soupçons se sont graduellement augmentés chez Par... jusqu'au jour où ils se sont changés en certitude. A ce moment, il n'a plus hésité à agir et les événements se sont précipités.

Il commence par refuser de se mettre à table avec sa femme, il l'injurie, il la bat. En juin et juillet 1894, il demande à la police de la surveiller et de mettre des agents à sa disposition, pour constater le flagrant délit. Dans la soirée du 12 juillet, il essaie de la surprendre et n'ayant pu réussir, il veut la forcer de s'avouer coupable en la menaçant d'un revolver. Le 14 juillet, il écrit sa lettre dramatique à Marthe X... Le 23 juillet, il simule un nouveau départ pour la campagne et reste tout un jour caché dans son entrepôt. Dans les premiers jours du mois d'août, il charge un individu, le nommé

G..., de suivre sa femme et de dresser le bilan fidèle de ses faits et gestes, ce dont celui-ci s'acquitte de son mieux dans des rapports qui sont, et pour cause, absolument insignifiants. Le 20 août, au retour d'une courte absence de sa femme, il la soufflette violemment. Le 30 août, il est appelé en raison de ses sévices chez le Procureur de la République, auquel il explique que s'il a menacé et frappé sa femme, c'est pour la ramener à de bons sentiments.

La situation ne tarde pas à devenir intolérable. Par... ne faisait plus qu'insulter sa femme, la menacer du revolver, du poignard ou de la massue, la battre et battre ses enfants. Les parents de Mme Par... s'interposèrent et devant cette excitation qui allait croissant, adressèrent une requête au Parquet qui le fit examiner par le Dr La... Celui-ci délivra, à la date du 15 septembre 1894, le certificat suivant, document important à consulter :

« Je soussigné, docteur en médecine, certifie que M. Par..., âgé de quarante-cinq ans, demeurant à Ra..., est atteint de monomanie intellectuelle, forme de folie raisonnante, qui s'est développée chez un sujet présentant des antécédents héréditaires à noter au point de vue de l'aliénation mentale.

« Son père est mort à l'âge de soixante-quatre ans, n'ayant plus depuis longtemps ses idées.

« M. Par... est persuadé que sa femme est une personne immorale, qu'elle le trompe, qu'elle a des amants, qu'il est déshonoré.

« Mme Par... jouit d'une excellente réputation auprès de toutes les personnes qui la connaissent.

« Poursuivi par son idée fixe, M. Par... note depuis longtemps les heures de sortie et de rentrée de sa femme ; il la fait surveiller et la fait suivre ; il a une *police secrète* ; il veut connaître le nom de toutes les personnes avec lesquelles elle a pu causer et lorsqu'on lui demande quelles sont les preuves de l'inconduite de sa femme, il ne peut vous raconter que des banalités ou vous montrer des papiers insignifiants mais qui, d'après lui, sont absolument démonstratifs.

« Il est ordinairement très surexcité en causant de

son malheur ; il a toujours son idée fixe devant les yeux ; il la raisonne comme une vérité et en fait part à beaucoup d'étrangers qui viennent dans son magasin ; il se lamente, il se désole, il est déshonoré ; il veut donner sa démission de membre de diverses sociétés d'agriculture dont il fait partie ; mais il n'admet pas la contradiction. Si l'on veut être de ses amis, il faut penser comme lui, il discute son idée avec les raisons les plus spécieuses, il l'entoure de tous les points d'appui, il écrit beaucoup, il collectionne les preuves ; tout ce qu'il voit, tout ce qu'il entend, il l'interprète dans le sens de son délire.

« Raisonnant avec une inflexible logique, M. Par..., après avoir fait de justes remontrances à sa femme, a cru devoir user des coups ; « elle restait sourde aux bons conseils ».

« L'inconduite ne va qu'en augmentant ; il regrette de ne pas s'être servi du poignard et du revolver. »

« Sur les conseils de M. le Procureur de la République, Mme Par... a dû se retirer dans sa famille ; « mais patience, on verra comment il se venge, la catastrophe ne tardera pas à éclater, on versera des larmes de sang ».

« Ces menaces s'adressent à Mme Par... et à plusieurs membres de sa famille, qui ont cru devoir s'interposer en présence des scènes ridicules survenues dans le ménage Par...

« Sur tout autre point que son idée fixe, M. Par... raisonne *très sensément*, comme la plupart des *monomanes*.

« En résumé, M. Par... est un aliéné qui *peut devenir très dangereux*.

« Son internement dans une maison de santé est une nécessité.

« En foi de quoi j'ai délivré le présent certificat pour valoir ce que de droit.

« Ra... le 15 septembre 1894.

« *Signé* : Dr La... »

A la suite de ce certificat médical, Par... fut, par les soins du commissaire de police, conduit à l'hôpital de G... et mis en cellule.

Cette mesure eut pour effet de le calmer. Dès le début de son internement, il se montre docile, raisonnable, et, fait important, tout en évitant de reconnaître son erreur, d'avouer qu'il s'est trompé dans ses accusations, il écrit à sa femme des lettres sensées, presque affectueuses, dans lesquelles il s'occupe de ses affaires et demande la visite des siens. Aussi, les médecins de l'hôpital, surpris de l'absence complète chez lui de toute manifestation délirante, le considèrent-ils comme guéri d'un trouble cérébral purement transitoire, de sorte que le 30 octobre 1894, il est rendu à la liberté, conformément aux conclusions du certificat suivant :

« Je soussigné, docteur en médecine de la Faculté de Paris, domicilié à G..., appelé par la famille à l'effet d'examiner l'état mental du sieur Par..., âgé de quarante-six ans, mis en observation à l'hospice de G..., certifie qu'il paraît jouir de l'intégrité de ses facultés, après avoir présenté pendant quelques jours un trouble cérébral caractérisé par des accès de jalousie à l'endroit de sa femme, ne reposant sur aucun fondement et pendant lesquels il a fait des menaces.

« Comme il exprime tous ses regrets d'avoir été violent et désire être plus calme à l'avenir, j'estime qu'on peut le rendre à ses parents qui, d'ailleurs, demandent à le reprendre.

« En foi de quoi j'ai délivré le présent certificat.

« G..., le 30 octobre 1894.

« *Signé* : Dr P... »

Il est clair, pour qui connaît ces choses, qu'à aucun instant Par... n'avait abandonné ses idées de jalousie. Il les avait simplement dissimulées pendant son séjour à l'hôpital de G... Aussi ses bonnes promesses ne durèrent-elles pas longtemps. Dès le troisième jour de son retour, il appela sa fille aînée et lui dit : « Tu vas dire à ta mère de s'en aller chez sa mère, que je lui ferai une pension. Je ne veux plus la voir ». Et dès lors, les scènes redoublèrent, d'autant plus violentes que Par... voulait faire payer aux siens son internement. Devant ses enfants, devant sa fille, âgée de dix-neuf

ans, il accusait sa femme de lui avoir donné une maladie vénérienne, il l'appelait : « Débauchée! Fumier! Je ne veux plus de toi ! j'ai élevé trois bâtards, je n'en élèverai pas un quatrième. Pourriture! Tout le régiment ne te contenterait pas ! »

Cette fois, Mme Par..., convaincue par l'attitude de son mari à G... et par l'opinion des religieuses et des docteurs qu'il n'était pas malade, mais méchant, se décida à demander sa séparation et son divorce (mai 1895).

Par jugement en date du 11 juin 1895, le tribunal de Ra... ordonna l'enquête, qui eut lieu, avec la contre-enquête, au mois de juillet 1895, et, le 6 août 1895, il prononça le divorce au profit de la dame Par..., sans s'arrêter à l'allégation d'aliénation mentale, estimant, d'après le certificat du Dr P..., qu'à sa sortie de G... Par... avait été rendu sain d'esprit à sa famille et, par suite, qu'il était responsable tout au moins de ceux des actes incriminés postérieurs à son séjour dans cet établissement.

Après quelques tentatives de transaction qui échouèrent, Par... fit appel de ce jugement, et c'est dans ces conditions que la Cour de Bordeaux, considérant avec raison que la question d'aliénation mentale, qui constituait la base même du procès, était loin d'être jugée, voulut bien nous commettre en qualité d'expert pour « déterminer l'état mental de Par... et son degré de responsabilité à l'époque contemporaine des faits d'injures et de sévices qui lui sont imputés par sa femme à l'appui de sa demande en divorce ».

II. — Discussion.

Déterminer l'état mental de Par... et son degré de responsabilité ou d'irresponsabilité à l'époque contemporaine des faits d'injures, de sévices et de voies de fait qui lui sont imputés, telle est la question qui nous est posée par la Cour. Nous ne pouvons mieux faire, pour la résoudre, que de l'examiner dans les deux termes mêmes, très précis, sous lesquels elle est formulée. Nous étudierons donc successivement : 1° l'état mental de Par... ; 2° le degré de sa responsabilité.

§ 1er. — *État mental.*

Pour établir l'état mental de Par... à l'époque contemporaine des faits qui lui sont reprochés, il importe tout d'abord de fixer cette époque elle-même. Est-ce simplement celle d'après son internement? Est-ce aussi celle d'avant?

Les premiers juges, interprétant les certificats médicaux du 15 septembre et du 30 octobre 1894, reproduits plus haut, paraissent avoir considéré l'ensemble des faits reprochés à Par... comme appartenant à deux périodes distinctes : l'une antérieure à son internement, durant laquelle il était aliéné et irresponsable ; l'autre postérieure, durant laquelle il avait recouvré sa raison et sa liberté morale. Aussi, sont-ce les seuls faits de cette dernière période qu'ils ont retenus à sa charge.

En réalité, nous l'avons déjà laissé entendre, et nous le répétons formellement ici, cette distinction n'est pas exacte. Depuis le jour où il s'est révélé, au mois de juillet 1894, jusqu'à l'heure actuelle, l'état mental de Par... n'a pas changé. Il est aujourd'hui ce qu'il était à ce moment, et nous pouvons ajouter ce qu'il était, bien que dissimulé, à sa sortie de l'hôpital de G... Il n'y a donc pas ici deux phases psychologiques successives, l'une de délire, l'autre de méchanceté, différentes au point de vue médico-légal et que l'expert doit, par suite, s'efforcer de délimiter; il n'y a qu'un seul et même état mental, durant sans interruption depuis deux ans et qu'il nous faut maintenant spécifier.

La jalousie, qui fait le fond de l'état mental de Par..., est, à n'en pas douter, une jalousie morbide. Pour si excessive et pour si ardente que puisse être parfois cette passion, elle ne survient pas, à l'ordinaire, dans ces conditions d'étrangeté.

Or, la jalousie morbide ou, si l'on veut, le délire de jalousie, se présente en clinique sous deux aspects différents. Tantôt il constitue une folie véritable, ou plutôt une forme de la folie systématisée progressive, comme la folie des persécutions, avec laquelle il se combine d'ailleurs le plus souvent ; tantôt il n'est plus qu'un de

ces délires lucides ou raisonnants, qui traduisent, chez certains héréditaires, la déséquilibration d'esprit.

Le délire jaloux de Par... n'est pas la folie systématisée jalouse. Il n'en a aucun des caractères et ne s'est jamais accompagné en particulier d'hallucinations, dont l'existence peut être considérée comme l'élément de différenciation le plus essentiel.

En revanche, il réalise au complet le type du délire jaloux raisonnant, sorte de conception systématique à point de départ faux, mais logique, coordonnée, souvent vraisemblable et consciente, tenant bien plus de l'idée fixe ou de l'obsession que de la folie proprement dite.

Le délire jaloux de cette espèce se trouve sommairement décrit dans *la Folie lucide*, de Trélat (1861), et dans *les Frontières de la folie*, de Cullerre (1888), ouvrages dont les titres seuls sont déjà significatifs. Voici, en quelques mots, ce qu'en dit le dernier auteur :

« Parmi les déséquilibrés persécuteurs, il faut faire une place à certains individus qu'un sentiment de jalousie absurde, injustifié et irrésistible, pousse aux actions les plus coupables et les plus nuisibles.

« Quelques jaloux ont conscience de leur état, témoin la lettre que recevait, en mai 1887, un commissaire de police de Paris : « Je vous prie, au reçu de cette lettre, y était-il dit, de venir constater mon décès. J'ai, pour mon malheur, épousé une femme trop belle et, quoique je n'aie rien à lui reprocher, je ne puis endurer plus longtemps les tourments que me cause une jalousie que je ne puis surmonter ».

« Mais le plus souvent, le sentiment exagéré de la jalousie n'est que la conséquence d'une mauvaise constitution psychique et d'une tendance naturelle à la défiance. Que de drames conjugaux ignorés du public parce que les acteurs, corrects dans le monde, ne s'abandonnent que dans l'intimité aux excitations de leur perversion affective !

« D'abord accompagnée d'un excès d'amour, la jalousie ne tarde pas à se compliquer de haine, d'une haine aiguisée et investigatrice qui pousse les malheureux jaloux à rechercher jusque dans les détails les plus secrets de la vie des preuves de leur prétendue infortune. *Ils les trouvent dans le parfum inusité d'un*

vêtement, dans l'expression d'un regard, dans l'inspection des parties les plus intimes du vêtement où ils croient retrouver les traces matérielles d'une odieuse infidélité. Les femmes surtout sont habiles à ces prétendues découvertes ».

Cette courte description s'applique exactement, comme on voit, au cas de Par.... Pour pousser plus loin la démonstration, nous relaterons ici un fait personnel, qui figure à la page 308 de notre *Manuel pratique de Médecine mentale* (2me édition 1892).

« *Les persecuteurs jaloux* sont de tous points analogues. J'ai eu à examiner, il y quelques années, une jeune dame dont le délire était le suivant :

« Cette dame, héréditaire et dégénérée, bien qu'intelligente, était devenue jalouse de son mari, à qui elle reprochait de ne pas remplir ses devoirs conjugaux et de passer ses soirées hors de la maison avec des amis. Ayant assisté à un procès en séparation dans lequel il fut question de rapports contre nature entre le mari et son domestique, elle fut très frappée par la révélation de ces actes anormaux, dont elle ignorait jusqu'alors l'existence, et ce fut là pour elle un trait de lumière. A partir de ce moment, elle s'imagina que, si son mari la délaissait, c'est qu'il avait des relations honteuses avec un de ses amis, M. X..., et, tous les soirs, quelquefois jusqu'à une heure très avancée de la nuit, elle le suivait dans les rues et l'épiait à travers les vitres du café où il allait faire sa partie. Sa fille, une jeune personne de dix-huit ans, très honnête et très distinguée, fut mise par elle au courant de ses soupçons et les partagea entièrement, l'accompagnant ou la remplaçant dans ses surveillances nocturnes. Mme X..., hantée par son idée fixe, cherchait et trouvait en tout les preuves les plus péremptoires. Son mari rentrait tard, fatigué, les yeux cernés : c'est qu'il s'était livré à son vice infâme ; il rêvait haut la nuit, c'est qu'il appelait son sigisbée. La pauvre femme en vint à scruter attentivement le linge sale de son mari, et dans sa chemise ou ses mouchoirs, découvrait des traces de ses pollutions illicites. Elle nous montra, lors de notre examen, une chemise de M. X..., tachée en divers endroits du dos, par suite de boutons qui avaient suppuré et qu'elle gardait précieu-

sement depuis des mois comme pièce à conviction, en déduisant même que son mari, dans les rapports contre nature qu'il avait avec son complice, était l'agent *a posteriori*, c'est-à-dire jouait le rôle passif.

« Pleine de cette idée et pendant que sa fille, excitée par elle, insérait dans son « cahier bleu » des malédictions contre l'infamie de son père, elle devenait franchement persécutrice et faisait des scènes à l'ami de son mari, l'insultant et le menaçant en public au point de provoquer des attroupements.

« La mère et la fille se sont heureusement décidées aujourd'hui à partir pour Paris où elles habitent, sans que j'aie pu savoir au juste ce que leur délire était devenu. »

Voilà ce qu'est le délire jaloux sous sa forme raisonnante ou d'idée fixe, et voilà bien exactement ce qu'il est chez Par...

Non seulement en effet Par... est, comme tous les individus de cette espèce, intelligent, lucide, judicieux, mais il n'a jamais cessé de l'être, même aux moments où sa surexcitation était poussée à son maximum, ainsi qu'en témoigne le certificat du Dr La..., délivré le 15 septembre 1894, à la veille de son internement.

Au reste, il traduit lui-même très exactement son état mental, lorsque, protestant contre toute imputation de folie — car il est loin de vouloir se faire passer pour fou comme on l'a prétendu — et contre sa séquestration, il dit : « J'étais surexcité, il est vrai ; qui ne l'eût été à ma place dans des conditions pareilles ? Mais « surexcitation n'est pas démence ». Et il ajoute très sensément : « Croyez-vous qu'on puisse guérir d'une aliénation mentale en un mois ? Que ça vienne spontanément et s'en aille de même ? Non. Donc, je n'étais pas fou, ma séquestration était une vengeance. »

Par... appartient donc non à la catégorie des fous, mais à celle des simples déséquilibrés, des originaux, des excentriques, qui ne font rien comme personne, qui se distinguent par des singularités et des contradictions étranges, tantôt persécutés, tantôt processifs, tantôt inventeurs, tantôt jaloux, tantôt prodigues, tantôt avares, toujours orgueilleux et méchants, souvent mûs par des idées fixes, mais ne perdant que très rarement

l'esprit et se maintenant toute leur vie à cheval pour ainsi dire entre la raison et la folie, dans ce que l'on a appelé la zone frontière ou mitoyenne.

Pour achever de le peindre, voici quelques renseignements importants, que nous tenons de sa femme et qui, par suite, ne sont pas suspects :

« Mon mari a été de tout temps, dit-elle, très maniaque. Jamais il n'a pu s'habiller à sa fantaisie. Il taillait lui-même ses gilets de flanelle. Une fois, il s'était fabriqué des pantalons de flanelle où il n'y avait que les devants et qu'il accrochait on ne sait comment. L'hiver, il portait des bas de laine sans pieds, mettant des chaussons dans ses souliers. Un jour, il s'est coupé un paletot. Pour ses chemises, c'est lui-même qui donnait le coup de ciseaux au col.

« Il ne voulait pas qu'on balayât tant qu'il était là, ni qu'on soufflât le feu, prétextant que la poussière et les cendres lui faisaient mal.

« Quand on venait annoncer que le repas étoit servi, il lui arrivait souvent de demander qu'on mît de l'eau à chauffer pour laver ses pieds. Il fallait tout quitter et on ne se mettait à table qu'une heure après. »

Cela dénote chez Par... une grande originalité. Voici qui est plus significatif encore :

« Il a eu, à diverses reprises, la manie des inventions. Déjà avant son mariage, il avait inventé une tondeuse, mais il la laissa. Depuis 1887, sa manie l'avait repris. Il inventa d'abord des râteaux en fer pour rateler le foin, prit un brevet et mangea 5.000 fr. Après cela, il inventa un classeur pour factures. Puis, un fer à repasser avec feu intérieur. Puis, un pulvérisateur pour sulfater la vigne. Puis, une tondeuse à tondre les chevaux. Enfin, en 1894, un phonographe (!). » C'est à l'occasion de cette dernière invention qu'il eut des discussions avec sa femme qui lui reprochait de dépenser inutilement son argent et de négliger son magasin pour des chimères. Lui, comme un génie incompris, s'irritait de ces résistances, mettant à la porte les parents de Mme Par... qui la soutenaient, finalement la prenant en haine et l'accusant de le tromper. Car Mme Par... est convaincue que là est le point de départ de sa jalousie. « Je le gênais dans ses inventions. Il

voulait se débarrasser de moi. » Très orgueilleux, il ne comprenait pas qu'il n'avait rien de ce qu'il faut pour faire une invention utile et que ses créations étaient par avance, mort-nées. Il se croyait très fort et disait, tout comme Archimède : « Si j'étais secondé, je soulèverais le monde. »

A la lueur de tous ces faits, la physionomie de Par... s'éclaire et cet homme nous apparaît comme un déséquilibré d'origine, orgueilleux, excentrique, d'abord inventeur ambitieux, puis persécuteur jaloux, toujours lucide dans son délire et ne perdant jamais entièrement la raison, même dans ses pires extravagances et ses pires brutalités.

Tel est son état mental.

§ 2. — *Responsabilité.*

Il nous faut maintenant répondre à la seconde partie de la question posée, c'est-à-dire indiquer le degré de responsabilité ou d'irresponsabilité de Par... dans les faits qui lui sont reprochés. C'est incontestablement là le point le plus délicat du problème.

Si Par... était atteint d'une folie confirmée, quelle qu'elle fût, nous n'hésiterions pas à conclure à son irresponsabilité entière, car nous n'admettons à aucun degré la responsabilité dans la folie, nous ne comprenons pas qu'un individu soit à la fois fou et responsable.

Mais s'il ne peut y avoir responsabilité dans la folie, en revanche la question se pose lorsqu'il s'agit d'états de semi-aliénation, d'états mixtes, intermédiaires. Les partisans les plus résolus de l'irresponsabilité totale dans la folie, comme l'éminent aliéniste Jules Falret, qui a si nettement formulé cette opinion, ont toujours été de cet avis.

Or, c'est à un de ces états de semi-aliénation que nous avons affaire chez Par... et par suite, il y a lieu de discuter s'il est responsable et dans quelle mesure.

Faut-il prendre pour base d'appréciation ce fait que les actes qui lui sont reprochés ont un rapport direct avec son délire de jalousie, qu'ils en sont la consé-

quence même et déclarer, dès lors, qu'il ne les a pas librement consentis?

On ne saurait, croyons-nous, raisonner de la sorte, non seulement parce qu'il est très difficile de spécifier si une série d'actes se rattache directement et exclusivement à une idée délirante donnée, mais encore parce que, dans les cas même où il en est ainsi, la volonté n'est pas totalement exclue des déterminations. On voit tous les jours des obsédés, des impulsifs conscients qui luttent contre leurs tendances morbides et qui parviennent à les maîtriser.

La question ne se pose donc pas de savoir si les impulsions violentes imputées à Par... sont vraiment en relation avec sa jalousie morbide, mais bien de savoir quel degré de résistance il peut opposer à ces impulsions. Fixer ce degré de résistance, ce serait fixer son degré de responsabilité.

Malheureusement, une appréciation mathématique, à ce point de vue, est impossible. On peut, si l'on veut, considérer l'état physiologique comme l'équilibre de deux forces opposées, les forces impulsives et les forces volontaires, ou plutôt comme la domination de celles-ci sur celles-là. Mais lorsqu'il s'agit de mesurer d'une façon exacte, chez un individu quelconque, la valeur respective de chacune de ces forces, puissance et résistance, et de les chiffrer proportionnellement, les moyens font défaut.

Mais si une pareille mensuration est impossible, nous pouvons tout au moins — et c'est là l'important dans l'espèce — déterminer si Par... possède encore une part appréciable de responsabilité.

Résumons, pour cela, la situation telle qu'elle se présente au point de vue pratique.

Mme Par... est l'objet de sévices et de violences de la part de son mari. Comme c'est son droit, elle veut s'y soustraire et demande le divorce.

— Cela ne se peut, lui dit-on. Si votre mari est violent et brutal, vis-à-vis de vous, c'est que c'est un aliéné, un malade. Vous devez donc non le repousser, mais le soigner.

— Puisque mon mari est un aliéné irresponsable que je dois soigner, répond Mme Par..., j'y consens et

comme c'est un aliéné dangereux, je vais le placer où l'on soigne les malades de cette espèce, c'est-à-dire dans un asile d'aliénés.

— Ah! non, lui réplique-t-on encore; votre mari est bien un aliéné, mais il ne l'est pas assez pour être interné. La preuve, c'est qu'on a dû le renvoyer une première fois d'un quartier-dépôt d'observation, et qu'on le ferait certainement encore, si on tentait l'expérience à nouveau.

Si bien qu'en fin de compte, la femme ne pouvant se préserver des fureurs de son mari, ni par le divorce puisqu'il est aliéné, ni par l'asile puisqu'il ne l'est pas assez, serait contrainte de reprendre avec lui la vie commune et de rester exposée, avec ses enfants, à toutes les conséquences de ses violences.

Ceci n'est pas un raisonnement à plaisir, c'est la situation même, envisagée sous son vrai jour.

Or le fait que, étant donné son état mental, Par... n'est pas assez aliéné et assez irresponsable pour être soumis à l'internement constitue, à notre sens, le meilleur élément d'appréciation du problème.

Du moment, en effet, où le délire de Par... n'est pas suffisant pour légitimer son placement dans un asile, c'est qu'on estime qu'il peut vivre en société et qu'il n'a pas entièrement perdu la possibilité de se dominer. Pourquoi, dès lors, ne ferait-il pas effort pour résister à ses tendances à la violence?

En somme, la vérité médicale consiste à enfermer Par... dans ce dilemme :

« Ou vous êtes un aliéné irresponsable des actes qui vous sont imputés, et alors vous êtes un aliéné dangereux et on doit vous séquestrer;

« Ou vous êtes un simple déséquilibré, insuffisamment aliéné pour être interné, pour ne pas vous dominer en partie, et alors force est d'accorder à votre femme ce qu'elle réclame pour être garantie de vos sévices, c'est-à-dire le divorce ».

On nous demandera peut-être ce à quoi nous conclurions si le cas se présentait non au civil mais au criminel, et si Par... comparaissait devant la Cour d'assises pour y répondre d'un délit ou d'un crime.

Nous répondrions à cela que la situation de la société

vis-à-vis de Par... serait exactement la même que celle de sa femme aujourd'hui, aussi embarrassante. D'un côté, en effet, il ne se trouverait pas assez sain d'esprit pour la prison, de l'autre, pas assez aliéné pour l'asile. C'est là ce qui fait que la société n'est pas vraiment protégée contre cette catégorie de criminels-malades, les habitants de la zone frontière, et ce qui fait que les aliénistes réclament pour eux des asiles-prisons. A situation mixte, solution mixte.

Ici, un compromis de ce genre n'est pas possible et la conclusion de l'expert doit aboutir à un résultat, dans un sens ou dans l'autre. Et c'est pourquoi, nous basant sur toutes les considérations qui précèdent, nous sommes d'avis que Par..., malgré son trouble d'esprit, a toujours conservé une certaine liberté morale dont il eût pu se servir pour résister à ses tendances à la violence.

CONCLUSIONS

En résumé, nous concluons :

1° Par... n'est pas un aliéné atteint de folie confirmée. C'est un déséquilibré, original, excentrique, sujet à des idées fixes, en particulier à l'idée fixe ou délire raisonnant de jalousie.

2° Cet état mental, qui n'est pas assez accentué pour légitimer son internement, ne le rend pas, il s'en faut, totalement irresponsable.

Il a, dans une mesure difficile à préciser exactement, mais dans une mesure encore appréciable, la liberté de se diriger et, par suite, il doit compte de ses actes à la Justice et à la Société.

2° JUGEMENT

Attendu qu'il y a lieu de joindre, à raison de leur connexité, l'appel relatif à l'ordonnance du référé en date du 20 juin 1895, et les appels dirigés par le sieur Par... contre les jugements interlocutoires et définitifs intervenus sur la demande en divorce ;

Sur le référé ;

Attendu que l'appel a été formé après l'expiration du

délai de quinzaine imparti par l'article 809, Code de procédure ; qu'il est conséquemment tardif et par suite irrecevable ;

Sur le fond :

Attendu que les faits d'excès, sévices et injures graves retenus par les premiers juges à la charge de Par... ne sont pas déniés par ce dernier et qu'ils sont assez graves pour servir de base à une action en divorce, si ledit Par... les a commis en état de responsabilité ;

Qu'en exécution de l'arrêt interlocutoire en date du 9 mars 1895 cette responsabilité doit être aujourd'hui appréciée avec les données de l'expertise médico-légale, les résultats de l'enquête et les écrits émanés de Par... ;

Or, attendu que le Dr Régis, chargé de déterminer l'état mental de Par..., n'a formé sa conviction qu'après une étude aussi intéressante qu'approfondie du sujet, et en coordonnant dans une synthèse d'une haute portée, les données de la physiologie mentale avec les observations d'ordre psychologique ;

Qu'ainsi son appréciation présente toutes les garanties pratiques que les magistrats doivent attendre d'un expert aliéniste ;

Or, attendu que ledit expert, dans les termes les plus explicites, exclut Par... de la catégorie des aliénés ;

Que s'il admet que Par... appartient à la classe des délirants raisonnants, mais à idée fixe, qui vivent dans la zone frontière de la folie, l'expert, en divers passages de son rapport, d'une précision convaincante, explique que le délire de Par... n'est pas une forme de la folie et qu'il caractérise son type en ces termes : « Par... est un déséquilibré d'origine, orgueilleux, ambitieux, toujours lucide dans son délire, ne perdant jamais entièrement la raison, même dans ses pires extravagances » ;

Attendu, en outre, que sur la question spéciale de responsabilité, les conclusions de l'expertise sont tout aussi catégoriques ;

Qu'après avoir constaté que Par..., même sous le coup de son délire, a conservé « une certaine liberté morale dont il aurait pu se servir pour résister à ses tendances », l'expert déclare que Par... n'est pas assez aliéné pour être interné, mais qu'il est suffisamment dangereux pour rendre la vie commune impossible à son

entourage et autoriser sa femme à se protéger par le divorce ;

Attendu que c'est au regard de ces conclusions que la Cour doit déterminer la responsabilité de Par... ;

Attendu qu'en principe le devoir de mutuelle assistance est l'un des plus impérieux qu'impose la loi du mariage ;

Que la folie, ni toute autre infirmité, même repoussante, ne peuvent être une cause de divorce, que telle est la jurisprudence de la Cour ;

Qu'en vertu de cette doctrine, Par... n'aura pas encouru le divorce s'il a agi, dans les actes qui lui sont reprochés, sous l'empire d'une impulsion morbide à laquelle il n'a pu résister ;

Mais attendu, en fait, que l'étude psychologique de la conduite de Par... envers sa femme confirme l'observation pathologique du médecin légiste ;

Qu'il faut remarquer d'abord que le délire de jalousie dont Par... est notoirement atteint n'a jamais présenté la forme hallucinatoire, d'où il faut conclure qu'aucune lésion organique n'en est la cause ;

Qu'il faut ajouter qu'aucune impression extérieure n'a pu servir de point de départ à l'idée fixe, puisque les enquêtes démontrent que la réputation de Mme Par... était intacte, et qu'après plus de vingt ans de mariage, les soupçons et les accusations injustes de son mari ne pouvaient s'appuyer ni sur des faits ni même sur de simples apparences ;

Qu'ainsi, la jalousie de Par... ne présente pas les caractères d'une maladie, mais d'une passion ;

Qu'en raison philosophique, cette passion, même dans ses aberrations les plus extrêmes, n'est pas destructive de la liberté ; les actes qui en sont la conséquence sont des entraînements, et ne cessent pas de faire partie de la vie consciente à laquelle la morale et le droit positif attachent les sanctions de la responsabilité ; que l'intérêt social commande que la règle qui proclame que l'homme toujours maître de l'action, peut et doit résister aux mauvais penchants, prédomine devant les tribunaux ;

Attendu, sans doute, que le Dr Régis reconnaît que les actes imputés à Par... se rattachent à son délire,

d'où on pourrait induire qu'il ne les a pas accomplis librement ;

Mais que cette induction ne peut être admise, soit parce que le médecin aliéniste reconnaît lui-même que Par... avait assez de liberté morale pour résister à ses impulsions morbides, soit aussi parce que les documents de l'enquête et les écrits de Par... confirment cette opinion ;

Qu'en effet, cette enquête et ces écrits révèlent qu'en pleine obsession de son délire jaloux, Par... conservait le sentiment de ses actes, qu'il s'identifiait avec eux, tantôt avec malice et tantôt avec complaisance, qu'il en mesurait la portée, en calculait les suites, et qu'il conservait, en définitive, le gouvernement de sa volonté ;

Qu'à cet égard, le jugement que Par... a porté sur lui-même au sujet de son internement à l'hospice de Ra..., dans une lettre rapportée par l'expert, est d'une portée décisive ; qu'elle dénonce l'état de conscience dans son élément prépondérant, le discernement ;

Que ce même état s'est manifesté avec autant de persistance que d'énergie pendant la durée de l'internement ; là, Par... en face de lui-même, s'est fait calme et résigné ; il reconnaît ses torts et promet de ne plus recommencer ;

Attendu, enfin, qu'on retrouve dans les enquêtes des preuves multiples de la raison que Par... conservait même lorsqu'il s'abandonnait aux démonstrations de sa passion jalouse ;

Qu'ainsi, on le voit, lors de l'apposition des scellés, en présence de sa femme, qui lui reproche d'avoir clandestinement enlevé de l'argent et des titres enfermés dans une cassette, répondre froidement « qu'il l'a fait parce qu'il en avait besoin » ;

Que devant le treizième témoin, qui lui reprochait l'injustice criante de ses accusations, il reconnaissait « qu'il n'était pas certain de l'inconduite de sa femme » ;

Que pendant qu'il organisait contre celle-ci une surveillance déraisonnable, il témoignait encore, par son esprit de suite, d'une volonté consciente et libre ;

Qu'il faut donc décider que Par... n'a subi les entraînements de son idée fixe que parce qu'il n'a pas voulu

suffisamment combattre et réprimer son tempérament, son caractère et sa passion ;

Par ces motifs :

La Cour,

Joint les instances ;

Déclare le sieur Par... non recevable dans l'appel qu'il a interjeté de l'ordonnance de référé en date du 20 juin 1895, l'en déboute ;

Et vidant l'interlocutoire porté par son précédent arrêt, homologue le rapport du Dr Régis, en prenant droit ; déboute Par... de l'appel qu'il a interjeté des jugements rendus par le Tribunal civil de Ra..., en date des 11 juin et 6 août 1895, les confirme dans toutes leurs dispositions, en ordonne l'exécution pure et simple et condamne l'appelant à l'amende et à tous les dépens d'appel faits, tant sur l'incident relatif à la provision que sur l'expertise et sur le fond et qui ont été réservés en fin de cause par l'arrêt sus-daté avec distraction au profit de Me R...

Établissements d'aliénés.

DOCUMENTS D'OUTRE-MER

Par le Dr Edmond CORNU.

DES INFIRMIÈRES DANS LES QUARTIERS D'HOMMES ALIÉNÉS. — TRAITEMENT DES PHASES AIGUES DE L'ALIÉNATION MENTALE PAR L'ALITEMENT EN PLEIN AIR.

Nous puiserons dans les rapports médicaux des hôpitaux d'aliénés d'Angleterre et d'Amérique et dans les communications à la Société médico-psychologique de ce pays des renseignements utiles et des indications concernant des questions qui chez nous aussi ne manquent pas d'actualité.

I. — *Des infirmières dans les quartiers d'hommes aliénés.*

Il y a cinquante ans, la conception du traitement des aliénés s'accommodait assez bien de ces deux conditions, hospitalisation et restreint, car le public se déclarait satisfait pourvu que l'aliéné ne pût se faire de mal ou en faire à autrui. Les aliénistes ont affirmé la supériorité de la douceur sur la force et élevé le niveau de ces exigences, et on peut dire que le traitement moderne de l'aliénation mentale comprend comme grands facteurs, outre une assistance médicale suffi-

santé, un personnel éduqué, un régime alimentaire convenable, des occupations et des distractions appropriées.

Il est profondément exact que les malades sont entourés de plus de soins médicaux qu'autrefois; mais on peut se demander s'il y a eu amélioration correspondante du personnel infirmier. Et cependant dire l'importance dans un asile d'un personnel instruit est exprimer un fait banal, et dire que ce personnel, en particulier le personnel masculin, n'est pas ce qu'il devrait être, ne l'est pas moins. Or, le rôle du médecin perd beaucoup de son efficacité s'il n'est pas continué par l'infirmier bien entraîné et sympathique : sa conduite, son attitude, son tact et son tempérament même sont des facteurs importants de la guérison. Savoir quand il faut parler ou se taire, quand et comment il faut intervenir, sont des qualités nécessaires à côté de l'éducation professionnelle pour les préposés à la garde des aliénés. Chacun sait d'autre part combien les malades, surtout au début de leur internement, savent apprécier les soins et la sympathie dont on les entoure : des mets bien présentés, des lits bien faits, un local gai et bien tenu, une bienveillance sympathique créent chez eux une atmosphère de calme et de contentement, qui est très souvent un facteur de premier ordre pour la guérison. Des infirmiers s'acquittent souvent pleinement de cette tâche ; mais il paraît sans conteste que des infirmières entraînées et choisies doivent réaliser plus aisément ces conditions en rapport avec les qualités de leur sexe.

Voilà ce qu'a constaté notre confrère, M. Thomas Mother, devant la Société médico-psychologique de de New-York (1) et son appréciation, établie sur sa

(1) Congrès annuel de la Société médico-psychologique de New-York, 1er juin 1909.

propre expérience, s'affirme par les résultats semblables qu'ont constatés la plupart de ses collègues interrogés par voie de questionnaire. En pays étranger, en Angleterre et en Amérique surtout, l'emploi d'infirmières dans les quartiers d'hommes aliénés est des plus fréquents et, dans certaines régions même, cet emploi est pour ainsi dire généralisé. Alors qu'aucun essai important n'a encore été fait dans ce sens en France, il est peut-être utile de connaître l'opinion de nos confrères et les indications qu'ils ont pu tirer déjà de cette organisation.

Tout convaincu du bénéfice qu'il y a à en tirer, M. Thomas Mother a adressé un questionnaire à ses collègues médecins d'asiles d'Amérique et du Canada. Pour 40.000 aliénés hommes, il n'y a encore que 300 infirmières ; cet emploi n'est donc pas encore entré couramment dans les mœurs, mais il augmente chaque jour et n'est abandonné nulle part. 74 réponses sont parvenues à notre collègue et correspondent à autant d'asiles : dans 34, des infirmières sont préposées aux quartiers d'hommes et les médecins s'en félicitent grandement; dans 15 autres, les médecins regrettent de n'avoir pu obtenir encore cette organisation ; dans 19 autres où il n'y a pas d'infirmières, les médecins n'émettent pas d'avis et dans 6 seulement figure la critique de la méthode.

Le premier essai date, aux Etats-Unis, de 1894 et tous les directeurs qui se sont succédés dans cet asile novateur parlent avec enthousiasme, dit Mother, des résultats, et il ressort de ce questionnaire que la grande majorité des aliénistes d'Amérique est partisan de cette organisation ou regrette que des raisons diverses aient empêché la réalisation de leur désir ; parfois la sélection des malades n'a guère été possible, parfois il a été difficile d'obtenir des administrations cette création, d'autres fois le public n'a pas semblé en être partisan, etc...

Les inconvénients *a priori* ne manquent pas d'exister en effet et l'auteur s'attache à réfuter les objections présentées ; nous le suivrons dans cette réfutation ainsi que dans sa conception de l'organisation d'un service bisexué.

Une des premières objections qui viennent à l'esprit est que les infirmières courent le risque de violences, de blessures ou de grossièretés. L'expérience prouve qu'il n'en est pas ainsi, dit notre confrère, et on peut s'en garantir en n'admettant pas d'infirmières dans les quartiers d'agités et en laissant un certain nombre d'infirmiers dans le quartier. Ce contact lui-même semblera présenter matière à difficultés ; mais l'auteur y répond en disant qu'il n'y a pas de raisons d'avoir plus confiance par ailleurs, étant donné que ceux qui veulent mal faire en trouvent aussi bien l'occasion. Il seconde sa confiance, il est vrai, par un choix judicieux du personnel féminin : un stage suffisamment prolongé, l'assistance régulière aux cours d'infirmiers lui permettent de connaître ce personnel, et c'est au bout de quelques années qu'en faisant appel à des volontaires il choisit à bon escient. On peut encore objecter, nous semble-t-il, qu'interviennent des questions de latitude, de climat, d'éducation, de recrutement régional, et, en effet, les asiles de campagne, avec leur recrutement de malades ou d'infirmiers différent de celui des villes, doivent offrir une réalisation plus aisée. Quoi qu'il en soit, les garanties dont s'entoure notre confrère nous paraissent judicieuses. Un salaire un peu plus élevé peut d'autre part servir d'encouragement et de stimulant, et il est encore possible de profiter d'une vacance de poste ou de nommer pour un temps comme auxiliaire une infirmière qui s'habitue ainsi à ce service et donne la mesure de ses aptitudes.

Il va de soi, d'autre part, que les malades seront

sélectionnés et que la présence des infirmières a surtout ses indications, ainsi que nous le verrons, dans les quartiers de non-agités.

M. Mother et, avec lui, de nombreux confrères (1) affirment comme un fait, qu'on observe plus de réserve, moins de grossièreté des propos de la part des malades.

M. Mother ne manque pas, comme directeur, de signaler la nécessité de l'harmonie d'idées avec les médecins pour la réalisation de ce programme ; car il faut un choix attentif, une surveillance régulière, et inspirer cette idée à tous que la méthode doit être continuée jusqu'à entière satisfaction : or, rien ne peut inciter le médecin à aider à cette organisation et à l'encourager s'il n'est pas partisan de son application et s'il n'est pas convaincu de ses avantages.

L'auteur expose enfin sa manière de voir sur la répartition du personnel féminin. Il ne peut s'agir, nous l'avons dit, de remplir le cadre du personnel des divisions uniquement avec des infirmières ; une sélection des quartiers est utile, d'autre part, et notre confrère répartit ainsi le personnel. Le quartier des entrants, par exemple, pourrait comprendre 4 infirmières et 3 infirmiers qui seraient chargés du service de la cour, des corvées ; celui des chroniques travailleurs, 3 infirmières et 4 infirmiers ; le service de l'infirmerie serait confié à 5 infirmières et 2 infirmiers ; celui des déments et séniles à 5 infirmières et 2 infirmiers ; les quartiers d'agités et malades dangereux seraient, au contraire, laissés entièrement aux mains des infirmiers. On comprend bien, en effet, qu'en raison du genre de maladie, de la déchéance des malades, de leur âge, de leurs occupations ou des soins qu'ils nécessitent la proportion

(1) Drs Bancroft. Commission in *Lunacy* de Pensylvanie. — Vernon Briggs. In *Boston Medical and Surgical Journal*, 17 mars 1910. — Williamson. In *Medical Times*, janvier 1908.

change : aux femmes seraient confiés le service d'intérieur et aux hommes le service de la cour et des promenades.

Il ne semble pas qu'il y ait intérêt à accomplir cette réforme du jour au lendemain, et qu'au surplus on le puisse; mais son application chaque jour croissante en Angleterre et en Amérique ne doit pas manquer d'inspirer confiance et de susciter chez nous des essais, graduellement et après sélection. M. Mother est convaincu que la méthode se généralisera de plus en plus et que tous apprécieront avec lui ses avantages, en même temps que les malades bénéficieront de cet effort se réalisant en soins plus bienveillants et doux dans un séjour rendu plus agréable.

II. — *Traitement des phases aiguës de l'aliénation mentale par l'alitement en plein air.*

Deux tendances partagent les aliénistes, à savoir de permettre l'exercice ou, au contraire, de prescrire l'alitement pendant le traitement des phases aiguës de l'aliénation mentale. M. Easterbrook (1), médecin-directeur de l'asile d'Ayr, en Écosse, expose les raisons qui l'ont amené à préférer la cure d'alitement et à la réaliser en plein air. De 1894 à 1902, notre confrère avait suivi la première méthode, qui consiste à placer un malade, dès son admission, dans une cour d'un quartier de l'asile toutes les fois qu'il paraît jouir d'un bon état de santé physique.

Ayant remarqué l'amélioration présentée après une cure de plein air par les tuberculeux comme par d'autres malades, tant au point de vue physique qu'au point

(1) *The Sanatorium Treatment of active Insanity by rest in bed in the open air* (Sanatorium pour le traitement des maladies mentales aiguës par l'alitement à l'air libre.) Brochure, 19 pages.

de vue mental, l'auteur a organisé dans des vérandas bordant les cours de l'asile la cure d'alitement à l'air libre, et il déclare avoir pu faire bénéficier ainsi les malades des avantages des deux méthodes et les avoir soustraits à leurs inconvénients respectifs.

Le traitement de la folie par l'exercice est né sans doute de cette idée, que ce qui est bon pour les muscles et les organes somatiques ne l'est pas moins pour les désordres du cerveau et des nerfs. De fait, une amélioration de l'état physique s'observe fréquemment et il en résulte en général comme phénomène second une amélioration de l'état mental. L'état physique s'améliorerait donc d'abord ; mais la vie active, utile en cela, retarderait néanmoins l'amélioration mentale en entretenant les dépenses du système nerveux, en épuisant les réserves d'énergie, la teneur de la substance chromatique et en prédisposant par les impressions extérieures au jeu des réactions psycho-motrices. Il est d'autre part démontré, par les expériences de Mosso, que la fatigue — même produite par un jeu musculaire banal d'expérimentation — est essentiellement un phénomène nerveux, un épuisement et une intoxication des centres. Les observations de Voigt, de Gotch et autres, portent à croire aussi qu'il y a des déficits nerveux dans la fatigue du corps, et il est bien connu qu'un exercice mal gradué dans les maladies mentales conduit rapidement à l'insomnie, à l'épuisement et occasionne des douleurs généralisées, de l'amaigrissement, des trémulations, de petits spasmes, etc.

L'exercice systématique serait donc d'une utilité douteuse dans le traitement proprement dit des maladies mentales, et il aurait ses indications spéciales durant la convalescence ; de sorte que le repos et l'activité sont, l'un par rapport à l'autre, deux compléments thérapeutiques.

Il conviendrait donc d'ordonner systématiquement une période variable d'alitement à tous les malades entrants. Ce faisant, le médecin peut poursuivre plus complètement son examen quotidien, le personnel s'habitue à considérer la folie comme une affection physique et à la mieux traiter, et le malade enfin, non seulement bénéficie des résultats de la cure, mais il subit moins péniblement l'impression de l'internement, car il préfère être considéré comme un malade que de se voir séquestré comme un détenu. Nous ne redirons pas les avantages connus de tous qui résultent de cette cure : rapidement l'état mental et nerveux s'améliore et comme corollaire, la santé physique devient meilleure.

Ici, par conséquent, l'amélioration mentale précède en général le retour de la santé physique ; mais celle-ci peut souffrir d'un alitement prolongé. Le ralentissement de l'action cardiaque, l'existence de stases sanguines, une asthénie généralisée, l'atonie gastro-intestinale avec constipation et anorexie, l'anémie bien qu'assez facilement réductible par le massage, l'électricité, les laxatifs, un peu d'exercice, n'en sont pas moins constatés. L'alitement en plein air obvierait à ces inconvénients et d'après l'expérience de M. Easterbrook, il procurerait des avantages résultant de l'influence possible de l'air, de la lumière, de la température, de l'oxygène et l'ozone, etc.

Notre confrère a donc institué systématiquement ce traitement dans des vérandas bordant les cours de l'asile. A moins que l'état physique des malades ne le permette pas, tous les malades entrants sont directement couchés sous les vérandahs des quartiers d'admission où ils restent durant les heures du jour. Ces vérandas sont orientées vers le sud et, devant elles, se déroule le paysage agréable des jardins de l'établissement ou de la campagne environnante ; elles sont protégées au

nord par des constructions et sont couvertes en verre que l'on peint en foncé l'été. Des toiles imperméables protègent suffisamment contre la pluie afin que le traitement ne soit interrompu qu'exceptionnellement ; des lits spéciaux, légers quoique solides, permettent le transport facile le soir dans les salles du quartier. Le séjour des malades sous les vérandas varie suivant les saisons : de 7 heures du matin à 7 h. 1/2 du soir au printemps et en été, de 8 h. 1/2 à 5 heures du soir en hiver. On permet aux malades valides une petite promenade pendant qu'on transporte leur lit, mais le repos absolu est exigé des malades présentant des symptômes de fatigue.

Une débilité physique extrême contre-indique le traitement ; mais les formes les plus aiguës d'aliénation n'empêchent pas le séjour sous les vérandas sous condition d'un personnel assez nombreux et d'isolement relatif, derrière des paravents par exemple. M. Easterbrook estime même que les cas d'agitation très violente s'atténuent plus vite et cessent plus rapidement dans la cure de plein air que dans l'alitement simple. En effet, les symptômes nerveux et mentaux subissent rapidement une sédation déjà sensible dans la cure de repos ordinaire, mais plus marquée dans le repos au lit en plein air : états mélancoliques, maniaques, confusion intellectuelle, stupeur, hallucinations et illusions, impulsivité, excitation et insomnie, s'atténuent bientôt et les malades, plus satisfaits, plus dociles, goûtent un sommeil réparateur. Ces effets heureux ne se feraient pas attendre ; dès les trois ou quatre premiers jours, ils sont sensibles, dit Easterbrook, et rarement ils se font attendre au delà de deux ou trois semaines. Le sommeil est une des premières manifestations de l'amélioration, et cet état réparateur contribue à l'amélioration rapide de l'état général. Les fonctions intestinales se font très

régulièrement et l'augmentation de poids atteint communément cinq, six ou sept livres dans les deux ou trois premières semaines.

Devant les heureux résultats obtenus par ce régime, M. Easterbrook a institué le même traitement pour les phases aiguës d'aliénation présentées par les malades déjà anciens à l'asile, et il a fait construire des vérandas avec séparations en bois, ajoutant ainsi le bénéfice de l'isolement aux bienfaits de la cure de repos à l'air libre. 10 p. 100 environ de la population de l'asile est ainsi soumise à la clinothérapie de plein air.

Il n'est pas douteux au surplus que la tuberculose, qui exerce particulièrement ses ravages chez les aliénés, ne trouve là un traitement souvent efficace.

La durée de cette cure varie évidemment suivant les cas : de deux ou trois jours pour les malades se portant bien physiquement et calmes, elle atteint un, deux ou trois mois pour d'autres ; mais une durée de un mois est presque toujours suffisante, et l'auteur fait remarquer en passant que le temps est sensiblement plus court avec cette forme de traitement qu'avec la clinothérapie ordinaire. L'état physique et mental sert bien entendu de guide pour la limitation de la cure, qui cesse avec l'atténuation des symptômes mentaux, la réapparition du sommeil, l'augmentation de poids. Parfois avant de laisser les malades se livrer au plein exercice dans les cours, on les soumet à une surveillance spéciale qui consiste à régler les temps de repos et de promenade de façon à n'arriver au plein exercice que progressivement. Pour occuper l'esprit des malades suffisamment calmes qui pourraient s'ennuyer, on leur permet un peu de couture, la lecture, des jeux de dames ou dominos.

Ces résultats heureux tiennent sans doute plus au séjour au lit qu'à l'action du plein air : le repos suggère, en effet, au malade, l'idée de calme et l'incite au som-

meil qui lui est favorable, et en diminuant le flot des impressions extérieures et des réactions psycho-motrices, il aboutit à la tranquillité. Toutefois, il est permis de croire que l'air frais ajoute son influence apaisante sur les centres nerveux, qu'il stimule l'appétit et le tonus organique, et qu'il s'y ajoute l'influence générale possible de la lumière, de la température, de la pression atmosphérique, de l'oxygène, de l'ozone, etc., toutes conditions mécaniques, physiques ou chimiques encore mal établies. La thérapeutique paraît d'ailleurs vouloir utiliser de plus en plus ces conditions pour augmenter ses ressources, et sur une large échelle, à l'étranger surtout, on organise le traitement en plein air de nombreux états morbides (écoles, crèches en plein air, etc.) : peut-être n'est-il pas prématuré de prédire que dans un temps relativement prochain, les hôpitaux auront tous organisé un service d'alitement en plein air.

Avec M. Easterbrook (1), MM. W. Mabon (2) et E. C. Dent ont réalisé cette cure de repos en plein air dans le traitement de l'aliénation mentale. Elle paraît, en effet, constituer un adjuvant des plus importants, et mérite de susciter son expérimentation dans les asiles. Ses avantages et ses effets comparés à l'exercice tel que l'ont nos malades, ou à la clinothérapie simple, peuvent se résumer ainsi, d'après l'expérience de notre confrère d'Écosse : l'exercice dans les phases actives de l'aliénation mentale modifie l'état physique, mais peut retarder l'amélioration mentale ; le repos au lit à l'intérieur améliore d'abord l'état mental, mais peut influer défavorablement sur la santé physique ; le repos au lit en plein air améliore à la fois les deux états. Les avantages constatés dans l'exercice libre, tiennent non à cet exer-

(1) *Medical Journal*, 1907. — Congrès de Psychiatrie, Amsterdam, septembre 1907.
(2) New-York, *Medical Journal*, 9 février 1907.

cice, mais au plein air ; les inconvénients signalés dans le traitement des névroses et psychoses, suivant la méthode de Weir Mitchell, sont dus moins au séjour prolongé au lit qu'au séjour dans une atmosphère confinée. La clinothérapie en plein air bénéficierait des avantages des deux méthodes, sans partager tous leurs inconvénients ; elle n'a pas besoin de s'aider du massage, des mouvements actifs ou passifs, de l'électricité, etc., et une série de petits exercices gradués et alternés, tels qu'une courte promenade, le séjour sur un fauteuil, etc., permettent, sans déroger au principe du traitement, une variante utile et agréable au malade.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

SÉANCE DU 24 AVRIL 1911

Présidence de M. SÉRIEUX.

MM. Ameline, René Charpentier, Conso, Dontrebente, Dromard, Dupouy, Fillassier, Ollivier, Raynean, membres correspondants assistent à la séance.

Lecture est faite du procès-verbal de la séance précédente.

A propos du procès-verbal.

M. le Président annonce à la Société que le Conseil de famille s'étant réuni aujourd'hui, a décidé de mettre à l'ordre du jour de la prochaine séance la déclaration d'une place vacante de membre titulaire de la Société.

M. Vallon. — Je voulais précisément demander des explications au Bureau sur l'absence d'indications de ce genre à l'ordre du jour de la séance d'aujourd'hui. Mais je demande maintenant pourquoi on n'a pas fait aujourd'hui la séance solennelle et le banquet annuel. Il est fâcheux que cette séance ait été remise à une date ultérieure, parce qu'il y avait aujourd'hui réunion de l'Assemblée générale de l'Association mutuelle des médecins aliénistes de France, ce qui amène à Paris un grand nombre de membres correspondants de la Société.

M. le Secrétaire général. — La séance solennelle aura lieu au mois de juin.

M. Vallon. — Je n'insiste pas.

Le procès-verbal de la séance précédente est adopté.

Correspondance et présentation d'ouvrages.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Des lettres de MM. Boissier et Juquelier, qui s'excusent de ne pouvoir assister à la séance ;

2° Une lettre de M. Mignot, qui remercie la Société de l'avoir nommé membre titulaire ;

3° Une lettre de M. Conso, qui remercie la Société de l'avoir nommé membre correspondant ;

4° Une lettre de M. Salerni, qui remercie la Société de l'avoir nommé membre associé étranger ;

5° Une lettre de M. le Dr Friedländer, qui demande à faire partie de la Société en qualité de membre associé étranger. — Commission : MM. Colin, Kéraval, de Clérambault, rapporteur.

La correspondance imprimée comprend :

Le rôle des infiniment petits dans l'Univers ; par M. Désiré Charvay.

M. le Président donne communication d'une lettre de confrères italiens relative à une souscription pour élever un monument à Lombroso.

Rapport de candidature.

M. Vurpas. — Messieurs, vous avez nommé une commission composée de MM. Ballet, Deny et Vurpas, rapporteur, à l'effet de vous présenter un rapport sur la candidature du Dr Barbé au titre de membre correspondant.

Les différents travaux de M. Barbé ont porté à la fois sur la médecine générale et l'anatomie pathologique, comme dans ses communications à la Société anatomique : « Adénome du côlon transverse », « Epaississement anormal du grand épiploon dans un cas de tuberculose pleuro-péritonéale », et sur l'anatomie pathologique du système nerveux plus spécialement et la psychiatrie.

Il a décrit avec M. Séglas un cas très intéressant de porencéphalie chez un hydrocéphale épileptique.

Avec M. Souques, il a relaté une observation où coexistaient des lésions tabétiques et syringomyéliques. Comparativement à cette association morbide de deux affections médullaires, il a rapporté avec M. Deny un cas nouveau d'association de psychopathies et de lésions de la moelle dans une observation d'altérations syringomyéliques chez une démente catatonique. Il étudia avec Lévi-Valensi les lacunes de désintégration cellulaire dans un système nerveux d'hérédo-syphilitique et fit avec Esbach une communication sur un méningo-encéphalocèle. En dehors de ces faits personnels, il entreprit une étude critique en collaboration avec MM. Riche et Wickersheimer sur les lésions anatomiques attribuées à la démence précoce par les différents auteurs. Mais c'est surtout sa thèse de doctorat « Etude des dégénérations secondaires (bulbo-protubérantielles et médullaires) du faisceau pyramidal », travail couronné par la Faculté de Médecine, qui fut l'objet de ses recherches les plus longues. Il eut le mérite d'y mener à bien, malgré les difficultés de la tâche, une série de recherches délicates et patientes, tant documents historiques et originaux qu'examens cliniques et anatomiques minutieux. Après avoir exposé la technique, retracé l'histoire et fait une mise au point de la question, il rapporte seize observations personnelles minutieusement suivies au double point de vue clinique et anatomique, d'après lesquelles il étudie le trajet du faisceau pyramidal dans la protubérance et le bulbe, ainsi que les faisceaux pyramidaux direct et croisé dans la moelle.

Toujours dans le domaine de la neurologie, il rapporta avec M. Ballet une observation de paraplégie flasque absolue et de conservation des réflexes dans un cas d'actinomycose de la colonne vertébrale avec dégénération ascendante et foyer de ramollissement étendu de la Ve à la VIIIe dorsale, une observation d'arthropathie tabétique monosymptomatique et un cas de méningite syphilitique avec autopsie.

En psychiatrie, le Dr Barbé a publié en collaboration avec M. Séglas l'observation très intéressante d'un aliéné réticent, il a recherché et discuté la cause du refus d'alimentation dans la démence catatonique, il a apporté avec M. Charpentier trois cas de paralysie

générale de longue durée, avec M. Benon l'histoire d'un délire systématisé hallucinatoire chronique sans démence, et il a étudié avec M. Benoist les troubles de la sensibilité dans la morphinomanie, la cocaïnomanie et l'héroïnomanie.

Il a enfin recueilli une série de leçons cliniques de M. le professeur Ballet.

La liste de ces publications ne constitue d'ailleurs pas les seuls titres de M. Barbé. Interne des hôpitaux en 1903, chef de clinique adjoint et médecin adjoint des asiles en 1909, notre distingué confrère est depuis l'an passé chef de clinique du professeur Ballet. A ce titre, il a commencé sous sa direction une première série de conférences l'année scolaire 1907-1908. Cette année, il fait un cours théorique de psychiatrie et dirige des exercices pratiques d'examen de malades.

Si le passé et les travaux de notre confrère lui marquent sa place en médecine et en neurologie, sans lesquelles la pathologie mentale manquerait de base solide, ils ne la lui assurent pas moins à tous égards dans le domaine de la psychiatrie.

Aussi je suis heureux d'avoir été désigné pour exprimer au nom de votre Commission le désir de compter M. Barbé parmi nous.

M. Barbé est élu membre correspondant à l'unanimité des suffrages.

Le service militaire des dégénérés et débiles moraux,

par M. le Dr P. Beaussart, interne des asiles de la Seine (service de M. le Dr Colin).

La question de l'aliénation mentale dans l'armée a, depuis plusieurs années, pris une extension considérable ; l'étude en a été poursuivie avec activité par les médecins militaires ; les médecins des asiles, de leur côté, sont venus la compléter grâce aux documents officiels qu'ils sont plus à même de recueillir sur toute l'histoire pathologique des malades. M. Pactet qui, au dernier Congrès d'Assistance aux aliénés tenu à Berlin, a fait une mise au point du sujet, présentait tout récem-

ment encore, à la Société clinique de médecine mentale, deux malades que leurs tares psychiques n'avaient pas écartés du service militaire. M. Chavigny venait à son tour déclarer qu'il n'est pas inutile, même à l'heure actuelle, de rapporter le maximum des faits de ce genre pour montrer combien les efforts des médecins militaires pour signaler et faire rejeter les aliénés de l'armée, se heurtant à l'inertie des autorités, aux préjugés des familles, sont souvent peu couronnés de succès.

Sur les conseils de M. Colin, nous nous sommes attaché à étudier méthodiquement, chez tous les malades de son service, le côté « service militaire ». Les résultats que nous avons obtenus étant intéressants sur plus d'un point, nous nous permettons de vous les rapporter dans cette communication.

Tout d'abord, nous rappellerons que la section spéciale de Villejuif, dirigée par M. Colin, comprend en majeure partie des dégénérés aux réactions impulsives et dangereuses, des instables à perversions instinctives et morales, des inadaptables à quelque milieu que ce soit. Beaucoup, dès leur jeune âge, n'ont pu rester à l'école, se sont enfuis de la maison paternelle, vagabondant, mendiant et volant un peu partout, ont maltraité leur entourage, sont allés même jusqu'à se livrer à des actes graves tels que menaces à main armée, tentatives d'incendie... ; ils ont fait le désespoir de leurs parents, qui n'ont pas vu d'autres moyens pour essayer de les améliorer, et aussi pour s'en débarrasser, que de les faire mettre en maison de correction, de les placer à Bicêtre ou à la colonie de Vaucluse, ou de les faire engager.

Là, leurs passions ne se sont pas refrénées ; pas plus que dans leurs familles, qu'à l'atelier, qu'à l'école, ils n'ont pu se plier aux règles de conduite qu'on leur imposait. Evadés, mis en liberté ou réformés du service militaire, ils sont rentrés à Paris, nouant des amitiés peu recommandables, s'enivrant, ne s'occupant à aucun travail sérieux, recourant à des moyens illicites et répréhensibles pour se procurer l'argent nécessaire à leur existence, se laissant aller à des violences, des actes immoraux ou délictueux sous l'influence de leurs impulsions. Dans ces conditions ils ont eu bientôt

affaire à la justice, se faisant arrêter pour vagabondage, mendicité, vol, ivresse, rébellion... Tantôt condamnés, tantôt internés en raison de leur premier passage à l'asile, ils ont alors mené une vie désordonnée, passant alternativement de la prison à l'asile, et surtout dans ce dernier refuge, où tous les moyens leur ont été bons pour entrer : alcoolisme voulu, placements volontaires, simulation, vols ostensibles suivis de prévention et d'expertise médico-légale... A la prison ou à l'asile, qu'ils recherchaient pourtant, ils se sont montrés insupportables, ont enfreint toutes les règles de conduite et ont bouleversé la bonne organisation intérieure.

Plusieurs, en plus de leur débilité morale, sont sujets à des crises d'épilepsie ou d'hystérie, assez rares toutefois, ou augmentant de fréquence avec les excès alcooliques ; certains ont des délires transitoires d'origine éthylique ; chez quelques-uns enfin évoluent des idées de persécution plus ou moins vagues, des préoccupations hypocondriaques, de la dépression mélancolique.

Avec de pareils malades, nous voyons donc que notre sujet est limité à un point particulier, mais non des moins importants, de la vaste question de l'aliénation mentale dans l'armée.

Si certains, en effet, en raison de leur état mental ou de tares psychiques dégénératives évidentes, seront fort heureusement réformés lors du passage au Conseil de revision, ou parce qu'à cette époque ils seront internés, beaucoup, par contre, seront considérés comme aptes à accomplir le service militaire ; cela se comprend en somme, étant donné le défaut de renseignements officiels que l'on possède sur eux, et leurs tares psychopathiques ne pouvant, à l'occasion d'examens rapides, être décelées facilement. Que vont-ils alors devenir ? Leur conduite, tout au début, pourra ne pas donner lieu à des remarques particulières ; mais ils auront, au bout d'un certain temps, vite fait de redevenir ce qu'ils sont en réalité : c'est-à-dire des impulsifs, des inadaptables ; de même que partout où ils ont passé, ils ne pourront que difficilement se plier aux exigences constantes et soutenues de ce nouveau milieu. Alors recommencera la série des réactions qu'ils avaient présentées dans la vie ordinaire, mais avec des conséquences beaucoup plus

graves, puisqu'il faudra sauvegarder les principes de la discipline ; toute la gamme des punitions sera vite épuisée, et, s'ils ne sont pas réformés, ils iront grossir les rangs des corps d'épreuve, des prisons et pénitenciers ; il s'établira de la sorte une véritable sélection de ces dégénérés et débiles qu'on retrouvera groupés dans les institutions disciplinaires. Ceux qui auront été condamnés avant leur incorporation seront directement affectés aux Bataillons d'Afrique et subiront bien plus encore les tristes rigueurs qui avaient frappé les autres. Mais tous n'attendront pas le moment de l'appel sous les drapeaux ; harcelés par leur soif de l'inconnu, leur perpétuel besoin de mouvement, leur recherche d'une vie qu'ils convoitent et qu'ils ne rencontrent jamais, ils croiront atteindre par l'*engagement* la réalisation de leurs désirs. Souvent aussi les parents les y pousseront, trouvant là une issue à une situation dont ils auront eu déjà trop longtemps à souffrir. Et pour ces engagés aussi, ce sera la lamentable odyssée que nous signalions pour les précédents.

Tels sont les faits que les auteurs ont constatés et que les statistiques ont confirmés.

Ils se résument dans ces trois propositions établies par M. Granjux :

Il y a aux bataillons d'Afrique deux fois plus d'aliénés que dans le reste de l'armée ;

Il y a dans les prisons, pénitenciers et ateliers de travaux publics quatre fois plus d'aliénés que dans le reste de l'armée ;

Il y a dans les compagnies de discipline huit fois et demi plus d'aliénés que dans le reste de l'armée.

Voyons maintenant si ce que nous venons de passer rapidement en revue s'applique à nos malades.

Pour la clarté de l'exposition, nous avons cru bon d'accepter la division schématique suivante :

I. Jeunes gens non encore appelés en raison de leur âge ;

II. Réformés par présence à l'asile au moment du conseil de revision ;

III. Réformés au conseil de revision ;

IV. Appelés et engagés réformés au corps sans avoir encouru de punitions graves ;

V. Appelés et engagés incorporés dans un corps régulier et ayant encouru des punitions graves ;

VI. Appelés et engagés incorporés dans un bataillon d'Afrique.

I. — Jeunes gens non encore appelés en raison de leur age.

Il semble, de prime abord, inutile d'insister, sur le cas des dix malades qui trouvent place dans ce chapitre; leur passé morbide et le fait d'avoir été interné devant à tout jamais les faire exclure de l'armée. Malheureusement, dans la pratique, il n'en est pas toujours ainsi, comme nous allons le voir par la suite.

Plusieurs pourront, au moment de leur appel sous les drapeaux, être encore enfermés à l'asile et être, par ce seul fait, réformés de droit; cependant il peut arriver, même l'époque d'incorporation étant passée depuis un certain temps, qu'ils contractent un engagement, en cachant, bien entendu, le passé, qui leur fermerait les portes de la vie qu'ils convoitent ou à laquelle ils se figurent qu'ils ne peuvent se soustraire.

Il pourra se faire ainsi que d'autres, après avoir été mis en liberté au moment du passage au conseil de revision, seront incorporés. Encore est-il à prévoir qu'ils n'attendront pas cette époque et qu'ils s'engageront auparavant. Les observations 7, 8, 9, 10 sont des exemples de cette dernière alternative.

Ces engagés, s'ils sont rejetés de l'armée par réforme, ne sont toutefois pas exempts d'une nouvelle incorporation au moment de leur appel régulier.

Obs. I. — S..., dix-neuf ans. Instruction moyenne. Interné à douze ans à la colonie de Vaucluse: fugues, tentative d'incendie chez ses parents, vols, violences envers ses sœurs, incapacité de rester dans un emploi; trois ans de séjour. Il reste à peine un mois en liberté. Réinterné à la suite d'une expertise médico-légale (vagabondage). A manifesté plusieurs fois le désir de *s'engager dans la marine*. Dégénérescence, débilité morale, perversions instinctives, instabilité.

Obs. II. — D..., dix-neuf ans. Instruction médiocre. En correction à quatorze ans pendant deux ans (vol, vagabondage). Interné à dix-huit ans à la colonie de Vaucluse, puis à Ville-

juif. Les parents ont demandé à le faire *engager*. Imbécillité et débilité morale, impulsivité, incapacité de se diriger.

Obs. III. — L..., dix-huit ans. Surdité et kératite hérédo-syphilitiques. Instruction très médiocre. Interné à la colonie à quinze ans pendant neuf mois (fugues, vagabondage, impulsions coléreuses, instabilité). En liberté pendant un an. Réinterné à la suite d'une expertise médico-légale (vagabondage).

Débilité intellectuelle et morale, incapacité de se diriger correctement.

Obs. IV. — B..., dix-neuf ans. Instruction médiocre. Enfermé à la Petite Roquette (vagabondage). Interné à la colonie à seize ans; évadé au bout de deux ans. Réinterné à dix-huit ans et demi (vagabondage, alcoolisme).

Débilité intellectuelle et morale, instabilité, perversions instinctives.

Obs. V. — B..., vingt et un ans. Père mort paralytique général; mère alcoolique. Instruction nulle. Plusieurs arrestations à seize ans pour vagabondage. A dix-huit ans, deux condamnations dont l'une à deux ans de prison et cinq ans d'interdiction (coups, blessures, rébellion). Interné à la suite d'une expertise médico-légale (vol). A fait des démarches pour *s'engager*. Demande maintenant à être appelé.

Débilité intellectuelle et morale, instabilité, perversions instinctives.

Obs. VI. — M..., vingt ans. Père alcoolique. Perte d'un œil. Interné récemment pour perversions instinctives et morales, délire mégalomaniaque et mystique.

Obs. VII. — G..., dix-neuf ans. Interné à la colonie à douze ans (vol, mendicité), quatre ans de séjour. Ses parents le font *engager* dans la *marine* à dix-sept ans; *refusé*. Ils le représentent pour *l'armée de terre*; encore *refusé*. Interné après expertise médico-légale à dix-huit ans (vols).

Dégénérescence; amoralité, perversions instinctives, inaffectivité, incapacité de se diriger.

Obs. VIII. — D..., vingt ans. Mère, cousin, cousine, aliénés et internés. Grand'mère aliénée. Instruction médiocre. Placé pendant six mois à l'école Th. Roussel, puis deux fois en correction à treize ans (vagabondage), interné à la colonie à quatorze ans. Evadé au bout d'un an et demi. Deux condamnations pour contrebande et vagabondage. Réinterné à la suite d'une expertise médico-légale; deux ans et demi de séjour; réintégré après plusieurs évasions. *Engagé* à dix-neuf ans à la *légion étrangère* sous un nom étranger. Quinze jours après son arrivée au corps, sous l'influence d'une impulsion, il injurie le drapeau et insulte un officier; *en prévention de conseil de guerre*. Son état civil étant reconnu, on *rompt son engagement*.

Il rentre à Paris et ne tarde pas à se faire réinterner (1). Sorti récemment, il n'est resté que dix jours en liberté; après avoir dépensé 50 francs de pécule, il a demandé lui-même son réinternement.

Durant ce court laps de temps, il a contracté un engagement à la légion étrangère; mais il n'a pas quitté Paris.

Débilité mentale et morale. Impulsivité, crises épileptiques peu fréquentes. Incapacité de se diriger.

Obs. IX. — R..., vingt ans. Instruction médiocre. Crises épileptiques dans l'enfance. Interné à quinze ans à la colonie : (vols, perversions instinctives) huit mois de séjour. Ses parents, grâce à de nombreuses démarches et recommandations politiques, y compris celle d'un député qui fut ministre de la Guerre, le font *engager* à vingt ans dans un régiment d'*infanterie*; conduite détestable. *En prévention de conseil de guerre* pour vol et complicité. *Réformé* pour son état mental au bout de six mois de service. Depuis, deux internements, plusieurs inculpations pour vol.

Débilité morale, perversions instinctives, inaffectivité, incapacité de se diriger.

Obs. X. — K..., vingt et un ans. Instruction passable. En correction de onze ans à dix-huit ans (fugues, vagabondage). *Engagé* à vingt ans dans *l'infanterie coloniale*. *Réformé* au bout de trois mois. Interné à vingt ans et demi.

Dégénérescence, débilité morale, instabilité, irritabilité.

II. — Réformés par présence a l'asile au moment du conseil de revision.

Obs. I. — D..., vingt-quatre ans. Instruction nulle. Interné à treize ans; depuis n'a plus quitté l'asile. Multiples évasions, suivies de réintégration.

Rétrécissement mitral.

Débilité mentale et morale. Incapacité absolue de se diriger au dehors.

Obs. II. — G..., vingt-quatre ans. Parents débiles. Grand'-mère et arrière-grand'mère aliénées. Instruction médiocre. A dix-huit ans, présenté par ses parents pour un *engagement dans la marine* : *refusé*. Interné à vingt ans.

Débilité mentale, perversions instinctives et sexuelles. Fugues, vagabondage.

Obs. III. — C..., vingt-quatre ans. Instruction passable. Deux fois à la Petite Roquette, puis quatre ans dans une autre

(1) *Bull. Soc. clin. méd. ment.*, mars 1911, p. 98 et 99.

maison de correction (fugues, vagabondage); transféré dans un asile. Evadé et arrêté pour vagabondage. Interné depuis. Dilatation bronchique et sommet suspect.

Débilité morale, instabilité, perversions instinctives.

Obs. IV. — L..., vingt-sept ans. *Parricide* à quatorze ans sous l'influence d'une crise d'excitation maniaque. Interné depuis. Etat chronique (folie intermittente) (1).

Obs. V. — M..., trente-quatre ans. *Epilepsie.* Hémiplégie infantile. Interné depuis vingt-sept années.

Ces 5 malades sont à tout jamais exclus du milieu militaire, sauf toutefois le deuxième qui, bien qu'il n'y sera pas à sa place, peut s'égarer dans un corps de troupe. Déjà refusé à un engagement, il n'est pas pour cela certain qu'un jour il ne sera pas accepté, son intention étant, s'il est remis en liberté, de tenter encore une fois la chance d'un second engagement.

Les autres sont des malades pour lesquels, étant donné l'âge, la chronicité de la psychopathie, les tares organiques, la question du service militaire ne se pose pas.

III. — Réformés au conseil de revision.

Parmi les 15 sujets de ce groupe, nous en comptons 8 qui, avant leur passage au Conseil de revision, ont séjourné dans un asile un temps très long quelquefois, ce qui n'implique pas que tous les 8 aient été réformés pour aliénation mentale. Ils ont en moyenne vingt-huit ans.

Les 7 autres sont plus âgés encore. A moins d'un engagement dans la légion étrangère, ils ne pourront plus entrer à l'armée.

IV. — Appelés et engagés réformés au corps sans avoir encouru de punitions graves.

a) *Appelés.*

Ici, l'on jugera de suite l'importance de cette constatation générale que la proportion des engagés réformés

(1) *Bull. Soc. clin. méd. ment.*, novembre 1910, p. 321 à 328 et p. 329.

est beaucoup plus grande que celle des appelés pour qui il est appliqué la même mesure. Pour 3 appelés réformés, nous avons 6 engagés.

Parmi les 3 appelés, les deux derniers avaient déjà passé par un asile avant d'être soldat. M... seul a usé de ce triste privilège pour, immédiatement, se faire éliminer du corps.

Obs. I. — G..., trente-huit ans. Incorporé dans un régiment d'infanterie. Réformé pour « névralgies intercostales » simulées, dit-il. Trois condamnations (outrages, violences) à trente-sept ans. Internement en 1909 à la suite d'une expertise médico-légale (coups, vagabondage).

Débilité morale, perversions instinctives, impulsivité.

Obs. II. — D..., vingt-sept ans. Plusieurs arrestations pour vagabondage à dix-neuf ans. Interné après expertise médico-légale pendant sept mois. Appelé dans un régiment d'infanterie. Réformé après plus d'un an et demi de service pour faiblesse générale. Depuis, cinq internements et une condamnation.

Débilité mentale et morale, paresse, instabilité.

Obs. III. — M..., vingt six ans. De treize à vingt et un ans, interné huit fois; il n'est, durant ce temps, resté que quinze mois en liberté. Une condamnation. Appelé dans un régiment d'infanterie. Réformé au bout de huit jours pour aliénation mentale. Depuis, six internements, plusieurs après expertises médico-légales. Une condamnation.

Débilité morale, perversions instinctives, impulsivité, violences, idées délirantes polymorphes. Alternatives d'excitation et de dépression.

b) *Engagés.*

Obs. I. — G..., cinquante et un ans. Engagé en 1870 dans la *marine*. Réformé au bout de quelques mois en signalant une monoplégie brachiale sur laquelle il n'avait pas attiré l'attention lors de son engagement. Depuis, existence des plus mouvementées : trente-six internements, seize condamnations, vingt expertises médico-légales (1).

Obs. II. — S..., vingt-six ans. Instruction nulle. Grand-père, grand'mère, oncle paternels, grand-père, grand'mère maternels alcooliques. Père alcoolique, interné. Crises convulsives hystériformes dans l'enfance. En correction à la Petite

(1) *Bull. Soc. clin. méd. ment.*, juin 1910, p. 215 et 216.

Roquette et de là interné à la colonie pendant un an et demi. Deuxième internement à la suite d'expertise médico-légale : (mendicité, vagabondage), cinq ans de séjour à l'asile. Engagé aussitôt sa sortie dans un régiment de *zouaves* ; plusieurs punitions. La troisième année de service, il est envoyé au Maroc pour faire la campagne. Rentré en Tunisie, il est mis en observation pour un épisode délirant consécutif à des excès de boisson. Interné à Marseille, il est réformé. Rentré à Paris, il ne travaille pas. Interné récemment pour tentative de viol à la suite d'excès de boisson ; crise hystérique.

Débilité morale, perversions instinctives, instabilité.

Obs. III. — L... (1). Grand'mère épileptique ; père alcoolique. Interné à Bicêtre à dix ans pour vertiges épileptiques et perversions instinctives. Il est ainsi resté plus de dix années interné. Plusieurs arrestations pour vagabondage et mises en liberté à l'Infirmerie spéciale. Nouvel internement de quelques mois après une expertise médico-légale. Une condamnation. Engagé dans *l'infanterie coloniale*. Réformé au bout de quatre mois pour son état mental. Rentré à Paris, il mène une vie des plus irrégulières : cinq internements, trois condamnations.

Débilité mentale et morale, instabilité, alcoolisme.

Obs. IV. — B..., vingt-huit ans. Enfant naturel. En correction de quatorze ans jusqu'à son engagement dans *l'infanterie coloniale*. Mauvaise conduite. Réformé au bout d'un an et demi de service. Depuis, cinq condamnations, cinq ans d'interdiction, sept internements prolongés, dont trois après expertise médico-légale. Dégénéré alcoolique, impulsif violent et dangereux.

Obs. V. — D..., quarante-trois ans. Père alcoolique, interné. Existence mouvementée : vols, instabilité. Engagé à dix-huit ans dans la *marine* : seize mois de service. *Réformé* après avoir fait valoir une cardiopathie congénitale (rétrécissement de l'artère pulmonaire). *Engagé une deuxième fois* à vingt-deux ans dans un régiment de *zouaves*. *Réformé* au bout de quatre mois. Depuis, sept internements, sept condamnations, plusieurs arrestations, huit séjours à Nanterre, trois expertises médico-légales.

Dégénérescence, débilité morale, instabilité, incapacité de se diriger, alcoolisme.

Obs. VI. — P..., vingt-cinq ans. Père alcoolique ; lui-même alcoolique dès son jeune âge. Crises hystériques. Interné pendant un an et demi. Engagé dans un régiment de *chasseurs d'Afrique ;* très mauvaise conduite. *Réformé* au bout de deux mois pour crises hystériques, simulées, dit-il. Rentré en France,

(1) *Bullet. Soc. clin. méd. ment.*, mars 1911, p. 98.

il continue à s'alcooliser et à vagabonder. Internement de deux ans et demi. *Appelé* et incorporé dans un régiment d'infanterie; *réformé* au bout d'un mois. Quatre internements, trois condamnations. *Engagé dans la légion étrangère. Réformé* au bout de quelques mois après internement à Marseille. Treize internements depuis.

Débilité morale, impulsivité, alcoolisme.

Les engagés réformés nous donnent lieu à quelques remarques intéressantes.

Trois avaient déjà été internés avant leur engagement (Obs. II, III, VI). Il ressort d'abord de ce fait qu'il n'a été nullement tenu compte de cette importante donnée pour la bonne raison qu'elle n'a pas été fournie à l'autorité militaire ; et cependant il s'agit d'internements à termes prolongés : plus de six années pour l'un, plus de dix années pour le deuxième et un an et demi pour le dernier. Le premier est presque arrivé au terme de son engagement, et ce n'est qu'à ce moment que, mis en observation pour son état mental, il a été réformé. La faiblesse de son niveau intellectuel est manifeste ; il en a dû être tenu compte et c'est peut-être ce qui explique qu'il ait pu vivre trois ans au milieu des exigences disciplinaires sans encourir de peines graves.

Tous ces malades ont tenu cachées leurs tares passées ; cela se comprend, puisqu'ils n'auraient pu être acceptés ; mais ils ne les ont tenues cachées que juste le temps nécessaire pour connaître une existence nouvelle qui, comme celles qu'ils avaient déjà menées, n'a pas tardé à leur peser. Ils ont alors mis au jour le motif de leur réforme : G..., son infirmité brachiale ; L..., ses séjours à Bicêtre ; D..., sa cardiopathie ; P..., des crises d'hystérie qu'il a répétées volontairement pour les besoins de sa cause. G... et D... aujourd'hui, il faut bien l'avouer, n'auraient pas eu la peine d'essayer de sortir du régiment, car ils n'y seraient pas entrés.

Une troisième constatation curieuse est celle de la répétition des engagements après réformes antérieures. D..., après avoir été réformé dans la marine, s'engage aux zouaves et à nouveau se fait réformer. Ph... est à la fois réformé aux chasseurs d'Afrique, dans le régiment de ligne où il a été appelé, à la légion étrangère où il s'est engagé.

Enfin, il n'est pas inutile de faire la récapitulation des corps de troupe choisis : c'est deux fois la marine, deux fois l'infanterie coloniale, les zouaves, les chasseurs d'Afrique. On y voit là clairement la tendance d'esprit de ces malades en quête d'aventures, de déplacement : leur instabilité ne trouverait pas à se satisfaire dans un régiment de France, et c'est ce qui fait que l'on rencontre plus de dégénérés et de déséquilibrés dans ces corps coloniaux ou algériens.

V. — APPELÉS ET ENGAGÉS INCORPORÉS DANS UN CORPS RÉGULIER ET AYANT SUBI DES PUNITIONS GRAVES.

Ce que nous venons d'énoncer à propos des malades précédents s'applique également aux sujets que nous allons à présent étudier ; mais, chez ces derniers, des réactions plus graves sont le reflet de leur caractère pathologique ; et ce qui prouve bien que les dégénérés et débiles moraux sont presque fatalement prédisposés à se laisser aller à ces réactions, c'est que le nombre de ceux qui les provoquent est bien plus considérable que celui de ceux qui les évitent.

Ici encore, la proportion entre appelés et engagés est bien plus marquée, en faveur des premiers, puisque nous avons six des premiers et quinze des seconds.

a) *Appelés.* — Le troisième des malades dont les observations suivent avait été plusieurs fois interné avant son départ au régiment. L'on se demande comment il se fait que de semblables malades ayant à rendre compte à l'autorité militaire d'actes d'insubordination ou de violence ne cherchent pas d'eux-mêmes à suppléer au défaut de renseignements officiels qu'on possède sur eux en signalant les mesures que leurs perturbations mentales ont déjà nécessitées. C'est là un fait incompréhensible chez des appelés et d'autant plus incompréhensible que certains engagés n'hésitent pas à recourir à ce procédé.

Cinq des six malades ont passé en conseil de guerre ; deux ont été réformés (un pour aliénation mentale).

Le sixième a encouru des peines disciplinaires simples

d'une façon très curieuse, comme on va le voir dans l'observation.

Obs. I. — S..., originaire de Paris, charretier. Instruction médiocre. Père alcoolique mort aliéné. Sœurs débiles. Sombre et violent depuis son enfance. Excès alcooliques dès dix-neuf ans. *Conseil de guerre pour insoumission* : trois mois de prison. Appelé dans un régiment d'infanterie de l'Est. Au bout de quelques mois, en *prévention de conseil de guerre pour bris d'armes* : *Réformé* pour aliénation mentale. Rentré à Paris. Quatre internements pour délire alcoolique. Quatre condamnations pour vols, délits de chasse.

S... est un débile, amoral, impulsif, violent surtout sous l'influence des excès alcooliques, dont il est coutumier.

Obs. II. — C..., originaire de la Seine-Inférieure, plongeur. Appelé dans un régiment d'infanterie. *Conseil de guerre pour refus d'obéissance* : trois mois avec sursis. Libéré, il rentre à Paris, où il ne travaille que par intermittence. Quatre condamnations, deux internements, un passage à l'Infirmerie spéciale non suivi d'internement.

C... est un débile qui est sujet à des épisodes aigus qu'on a supposé de nature épileptique. Suspicion de démence précoce depuis son dernier internement.

Obs. III. — De L..., vingt-sept ans, originaire de Paris. Interné à quinze ans à la Colonie de Vaucluse pour délire polymorphe. Sort au bout de quinze mois. Deuxième internement de près d'un an. Troisième internement d'un an. Appelé après deux ajournements dans un régiment d'infanterie de l'Ouest. *Conseil de guerre pour refus d'obéissance et outrages* : un an avec sursis. Punitions de prison. Libéré, il rentre à Paris et importune ses parents par ses demandes d'argent ; il ne travaille pas, vagabonde. Interné en 1910.

C'est un débile vicieux, amoral, avec perversions instinctives et affectives.

Obs. IV. — R..., vingt-huit ans, originaire de la banlieue de Paris. Mécanicien. Instruction moyenne. Violent, querelleur. Aurait eu des crises comitiales. Appelé dans un régiment d'infanterie du Nord pour un an. *Conseil de guerre pour outrages et menaces à main armée* : cinq ans de travaux publics. Rentré à Paris, il quitte ses parents et mène une vie déréglée. Interné en 1910 pour excitation maniaque et violence.

R... est un débile moral, à perversions instinctives, sujet à des impulsions dangereuses et violentes.

Obs. V. — R..., vingt-huit ans, originaire de la Seine-Inférieure. Camelot. Appelé dans un régiment d'infanterie ; *Conseil de guerre pour bris de casernement* : acquitté. *Conseil*

de guerre pour désertion. Une troisième fois en *Conseil de guerre pour désertion* : deux ans de prison. *Réformé*. Plusieurs condamnations depuis. Interné.

Obs. VI. — D..., originaire de Paris, peintre en bâtiments. Instruction médiocre. Trois condamnations pour vol, violences. Marié, père de famille. Appelé et incorporé dans un régiment d'infanterie de l'Est. Bonne conduite. Renvoyé dans un régiment de Paris : nombreuses punitions. Versé à une *compagnie de discipline*. Bonne conduite. Renvoyé dans un régiment de France : nouvelles punitions. Reversé dans une *compagnie de discipline*.

Rentré à Paris : quatre condamnations, cinq ans d'interdiction. Deux internements pour crise d'alcoolisme subaigu.

D... est un débile mental et moral instable qui, sous l'influence de l'alcool, est sujet à réagir violemment.

b) *Engagés*. — Chez les quinze malades de ce groupe, nous relevons encore, comme corps d'engagement, la marine, quatre fois les zouaves, la légion, trois fois les régiments de cavalerie, deux fois l'infanterie coloniale.

Huit ont passé en Conseil de guerre et ont été réformés. Parmi eux, deux avaient été internés avant leur engagement. L'un est un persécuté que son père avait fait sortir de l'asile après s'être chargé des démarches d'engagement. Il espérait ainsi « changer les idées de son fils ». Quand il apprit sa condamnation, il fit plusieurs démarches auprès du colonel ; elles restèrent sans écho. Ce n'est que devant son insistance pressante, l'envoi de pièces d'internement antérieur, les menaces de réclamation au ministre de la Guerre que le malade fut réformé.

L'autre est un pauvre d'esprit qui avait passé plus de huit ans à Bicêtre avant son entrée aux zouaves. Une fois condamné, deux fois en prévention de Conseil de guerre, il fut réformé après un an et demi de service.

Un troisième malade, engagé deux fois par son père, est passé deux fois en Conseil de guerre pour désertion et deux fois a été réformé.

Les sujets qui terminent la liste se distinguent par leur passage à la légion étrangère. L'un, déjà condamné pour désertion dans un régiment de cavalerie où il s'est engagé, déserte à nouveau et s'engage à la légion.

Après de bons services, il est réintégré dans un régiment de France, où il déserte deux fois. Un autre, après avoir été d'un régiment régulier, envoyé à une compagnie de discipline, avoir passé en Conseil de guerre, s'est engagé à la légion et a été bientôt réformé.

Un autre également, envoyé d'un régiment régulier à une compagnie de discipline, est passé aussi en Conseil de guerre. Chez lui, l'impossibilité de régler lui-même sa vie est manifeste. Il a, par trois engagements successifs à la légion, passé plus de quinze ans sous les drapeaux. Ce n'est que lors du dernier engagement qu'il a été condamné trois fois en Conseil de guerre et qu'il a été réformé, ce qui ne l'a pas empêché de vouloir continuer cette vie par un quatrième engagement qui, bientôt, a été suivi de réforme.

Le troisième, après avoir accompli six ans de service régulier en France, s'est engagé après plusieurs années à la légion et a passé trois fois en Conseil de guerre, ce qui lui a fait, avec les punitions, un séjour d'une dizaine d'années en Algérie.

Les régiments étrangers occupent dans les statistiques consacrées à l'aliénation mentale dans l'armée le rang le plus élevé du classement par importance. Pour un effectif de 1.000 hommes, on compte 1,94 pour la légion étrangère, 1,69 pour les prisons, pénitenciers et ateliers, 0,91 pour les corps d'épreuve.

Cette proportion s'explique lorsqu'on sait avec quelle facilité les engagés sont acceptés dans les régiments étrangers ; beaucoup de légionnaires, malgré plusieurs réformes successives, arrivent encore à se faire accepter dans les rangs de leur ancien régiment. Ce sont beaucoup de ces réengagés aussi qui peuplent les pénitenciers et ateliers.

On s'est demandé jusqu'à quel point ces dégénérés sont susceptibles d'accomplir à la légion quelque service utile ; pour ce corps de troupe, en raison de son recrutement même par engagement, la présence des tarés psychiques n'offrirait pas les mêmes inconvénients qui existent pour les corps d'épreuve. C'est cependant un fait assez funeste pour ces sujets que de les accepter dans l'armée, car ils cultivent un état d'instabilité, d'impulsivité qui demanderait à être maîtrisé; c'est

parce que beaucoup de médecins militaires ont pensé de même, que la proportion des réformes est si grande pour les légionnaires.

Obs. I. — U..., cinquante et un ans, originaire du Calvados, employé de bureau. Instruction moyenne. Crises convulsives vraisemblablement comitiales dès huit ans. Engagé à dix-sept ans dans la *marine* : cinq ans de service. Nombreuses punitions. *En prévention de conseil de guerre pour vol. Réformé* pour « nervosisme ». Quatre condamnations pour vol, abus de confiance à partir de trente-quatre ans. Interné presque sans interruption dès cette époque : huit internements par placement volontaire.

U... est un débile, amoral, pervers, sans aucune affectivité; il est arrivé à l'âge de cinquante et un ans sans pouvoir se diriger et se livrer à aucun travail; il vit encore aux dépens de sa mère. Alcoolisme chronique.

Obs. II. — G... (1), vingt-neuf ans, originaire de Paris. A dix-sept ans, crise délirante avec réactions violentes. Interné à dix-neuf ans pendant six mois; alternatives d'excitation et de dépression; idées de persécution. Il quitte l'asile pour s'engager dans un régiment de zouaves. Fièvre typhoïde la première année. *Conseil de guerre pour refus d'obéissance : un an de prison. Réformé.*

Deux ans après son retour à Paris, une condamnation. Tentative de meurtre sous l'influence de ses idées de persécution. Interné.

Obs. III. — R..., vingt-cinq ans, originaire des Côtes-du-Nord. Instruction moyenne. Vie irrégulière.

Engagé à dix-neuf ans et demi dans un régiment d'infanterie à Brest. Quelques mois après son incorporation, il est mis en observation à la suite d'un acte d'indiscipline. Rentré à la compagnie, il est au bout de peu de temps en *prévention de conseil de guerre pour violences envers un supérieur*. Il est *réformé* à ce moment, ayant accompli quatre mois de service.

Depuis, il a été interné cinq fois dont trois fois à la suite d'expertises médico-légales. Il a encouru cinq condamnations et a été arrêté de nombreuses fois pour mendicité.

C'est un débile moral qui fait des excès de boissons. Il ne s'occupe à aucun travail régulier : il est camelot, acrobate, mendiant, souteneur.

Obs. IV. — C..., quarante-six ans. Originaire de Corse. Etudes secondaires pendant quelques années.

---

(1) *Bullet. Soc. clin. méd. ment.*, nov. 1910, p. 314 à 318 et p. 327.

Engagé à dix-huit ans dans un régiment d'artillerie; trois ans de service régulier. Dès cette époque, il n'a plus eu d'occupation stable. *Rengagé* à vingt-cinq ans dans *l'infanterie de marine*, il *déserte* au bout de deux mois. Ce n'est que beaucoup plus tard qu'arrêté par l'autorité militaire, il est mis en *prévention de conseil de guerre*; il est réformé parce que, dans l'intervalle, il a été interné à Aix. Depuis, il a mené une vie des plus irrégulières; il a été interné deux fois dans la Seine après expertises médico-légales; il a encouru de nombreuses condamnations, et il est sous le coup d'une interdiction de séjour. Il a également eu maille à partir avec la justice des nations frontières et il a été expulsé de plusieurs pays.

C... est un débile moral, instable, alcoolique, ne pouvant se conduire correctement au dehors.

Obs. V — C..., vingt-quatre ans, originaire de Paris; enfant naturel. Instruction presque nulle. Interné à Bicêtre pour imbécillité, perversions instinctives, violences, vols. Sorti au bout de plus de dix années d'internement. Engagé aussitôt dans un régiment de zouaves. Un an et demi de service. *Trois fois en prévention de conseil de guerre pour vol.* Condamné à un an de prison avec sursis. *Réformé* pour « aliénation mentale » : fait savoir à ce moment qu'il avait été interné.

Rentré à Paris, il n'a plus cessé d'être interné. Une condamnation pour vol.

C... est un malade de faible niveau intellectuel avec perversions instinctives, amoralité, impulsivité.

Obs. VI. — F..., quarante-quatre ans, originaire de Paris. Père alcoolique. Il quitte sa famille à seize ans. A partir de dix-huit ans, quatre condamnations pour vol, filouterie, voies de fait. *Engagé à la Légion étrangère. Conseil de guerre pour destruction d'effets* : deux mois de prison. *Réformé* au bout de quinze mois pour épilepsie.

Trois condamnations dont la dernière à six ans de réclusion et quinze ans d'interdiction de séjour pour vols qualifiés et tentative de meurtre. Durant sa peine, interné à Gaillon, puis à l'expiration, transféré à l'asile de Caen. Depuis, six internements presque ininterrompus.

P... est un débile qui a présenté des attaques d'épilepsie devenues très rares. C'est un amoral qui n'a jamais pu vivre correctement au dehors.

Obs. VII. — M..., vingt-neuf ans, originaire de Tours; employé de commerce. Instruction médiocre. Arrivé à Paris à douze ans. Irritable, déséquilibré et perverti dès sa jeunesse. Sur les conseils de son père, *engagé* à dix-huit ans dans un régiment d'infanterie de l'Ouest. Au bout de quelques mois, *en prévention de conseil de guerre pour désertion. Réformé* pour

son état mental. *Réengagé* dans les mêmes conditions à vingt ans dans un régiment d'infanterie des environs de Paris. Mauvaise conduite, plusieurs délits de droit commun, filouterie d'aliments, vols. *En prévention de conseil de guerre pour désertion. Réformé* pour son état mental. Depuis, une condamnation pour vol. Trois internements dont deux après expertise médico-légale.

M... est un fort débile avec amoralité, perversions instinctives ; il est incapable de se diriger convenablement au dehors et de rester dans aucune place, commettant continuellement des indélicatesses et des vols.

Obs. VIII. — L..., trente-neuf ans, originaire de la Seine-Inférieure. Enfant naturel. Père saltimbanque. Instruction médiocre. Jeunesse passée chez les forains. Une condamnation pour vol, coups et blessures. *Engagé* dans un régiment de zouaves. *Conseil de guerre pour ivresse.* Quatre ans de service. Rentré en France, il subit sept condamnations. Huit internements, plusieurs après expertise médico-légale.

L... est un débile moral. Hystérie et épilepsie.

Deux fois au Cherche-Midi pour insoumission aux périodes d'instruction.

Obs. IX. — L..., vingt-sept ans, originaire de la banlieue de Paris. Chiffonnier. Instruction médiocre. *Engagé* dans un régiment d'infanterie à Cherbourg. Au bout de quelques mois, *Conseil de guerre pour vol* : un an de prison. Envoyé au *2e bataillon d'Afrique.* Plusieurs punitions de prison ; un séjour à la section de discipline. Quatre ans de service. Libéré, il rentre à Paris. Trois condamnations pour vol. Interné en 1908 pour idées de persécution. Internement très prolongé, coupé par trois évasions.

L... est un débile amoral qui présente des idées de persécution assez actives, qui paraissent remonter à l'époque où il était en Afrique. Elles reposent sur des interprétations délirantes alimentées par les ennuis qu'il eut à subir de la part de ses camarades (pédérastie). Plusieurs des punitions militaires qu'il a encourues ont été, semble-t-il, déterminées par ses idées délirantes.

Obs. X. — M..., quarante et un ans, originaire de Paris. Instruction moyenne. Parti avec ses parents au Brésil dès son jeune âge. *Déserteur de la marine brésilienne*, où il était élève officier. Rentré à Paris. *Engagé dans un régiment de zouaves. Conseil de guerre pour abus de confiance* : deux ans de prison. Versé au *2e bataillon d'Afrique.* Un séjour à la *discipline.* Rentré à Paris, il mène une vie désordonnée, passant une bonne partie de son temps en prison et à Nanterre. Huit condamnations dont trois d'une durée de treize mois, deux ans,

trois ans. Trois séjours très prolongés au dépôt de mendicité. Arrêté continuellement pour vagabondage. Alcoolique chronique. Interné en 1911 pour dépression mélancolique.

M... est un débile, instable, amoral, qui n'a jamais pu vivre correctement au dehors. Il présente des idées de persécution avec hallucinations et interprétations délirantes.

Obs. XI. — L..., vingt-six ans, originaire de Paris. Grand-père, oncle paternel aliénés. Père alcoolique. Instruction très faible, n'a jamais pu apprendre. N'a pu rester dans aucun métier. Excès de boisson dès l'âge de quinze ans; volait pour se procurer l'argent nécessaire.

A l'instigation de sa mère, qui espère voir changer son caractère, engagé dans *l'infanterie coloniale*. En *conseil de guerre* au bout de trois mois de service *pour vol* : *un an de prison*. Versé au *5e bataillon d'Afrique*, il passe une seconde fois en *conseil de guerre* au bout d'un an *pour vol avec effraction*, *tentative de meurtre* : *cinq ans de travaux forcés*, *quinze ans d'interdiction de séjour*, *dégradation militaire*.

Rentré à Paris, il a mené une vie des plus vagabondes. Il a été interné trois fois et s'est fait condamner plusieurs fois pour vol.

C'est un débile intellectuel et moral qui ne peut se conduire correctement au dehors. Sous l'influence d'excès de boisson, il est des plus violents.

Obs. XII. — S..., trente-trois ans. Instruction secondaire. Engagé dans un régiment de cavalerie. Une première fois en *conseil de guerre pour désertion*, au bout d'un an : *deux ans de prison*; grâcié d'une partie de la peine. *Deuxième désertion*; il s'enfuit en Belgique et de là *s'engage dans la Légion étrangère*.

Près de trois ans d'excellents services; médaille coloniale. On le fait rentrer après amnistie et vérification de son véritable état civil dans un régiment de cavalerie de France. Au bout de quelques mois de service, une deuxième fois au *conseil de guerre pour désertion* : huit jours de prison avec sursis. Une troisième fois, en *conseil de guerre pour désertion* : deux mois de prison.

Au total, six ans de service. Depuis, n'a plus eu de métier fixe. Il est devenu morphinomane à la suite des premières atteintes douloureuses d'un tabes syphilitique. Interné deux fois à la suite d'expertises médico-légales pour escroquerie.

Obs. XIII. — B... (1), quarante-cinq ans, originaire de Paris. Bonne instruction. Poussé par sa famille qu'il importune par sa mauvaise conduite, il s'engage à dix-huit ans dans un régiment d'artillerie. Nombreuses punitions de prison pour

(1) *Bull. Soc. clin. méd. ment.*, Janvier 1911, p. 28 et 37.

absences illégales. Envoyé dans une *compagnie de discipline. En conseil de guerre pour dissipation d'effets* : six mois de prison, quatre ans de service. Rentré à Paris, il mène une vie irrégulière, désordonnée, ne se livrant à aucun travail, pressurant sa famille pour avoir de l'argent qu'il dépense en boisson. *Engagé à la Légion étrangère. Réformé* au bout de quelques mois. Il continue la vie qu'il a menée précédemment. Treize condamnations pour filouterie, outrages, ivresse, rébellion. Neuf internements. Onze passages à l'Infirmerie spéciale non suivis d'internement.

B... est le type du déséquilibré instable, inaffectif, ne se livrant à aucun travail et vivant en marge de la société.

Obs. XIV. — D..., cinquante-deux ans, originaire de Paris. Père alcoolique, débauché. *Engagé* à dix-huit ans dans un régiment de cavalerie. Mauvaise conduite. Envoyé au bout de deux ans dans une *compagnie de discipline.* Après un an de séjour, *conseil de guerre pour lacération d'effets* : deux ans de travaux publics. Libéré en 1882. Rentré à Paris, il ne peut y rester et, ne voulant travailler, il *s'engage à la Légion étrangère* : un séjour à la section de discipline : deux ans de service.

Réengagé trois mois après à la *Légion*; Tonkin; un an et demi de service. *Réengagé* un an et demi après à la *Légion*; Tonkin. *Conseil de guerre pour refus d'obéissance* au bout de huit mois : *un an de prison. Conseil de guerre pour bris d'armes : cinq ans de travaux publics. Conseil de guerre pour dissipation d'effets : un an de prison. Réformé* en 1897. Pendant près de vingt ans, il n'a pu vivre que trois années environ hors du régiment. Il essaye de monter un commerce dans le Nord : mais il fait des excès alcooliques et ne peut gérer ses affaires d'une façon régulière. Cinq condamnations pour menaces, abus de confiance, outrages. *Réengagé à la Légion étrangère.* Bientôt *réformé.* Dès 1901 il se fait interner et dès lors ne vit presque plus en liberté. Jusqu'à l'heure actuelle, seize internements.

D... est un débile instable, pour qui il est impossible de vivre correctement au dehors et de se conduire convenablement. Son existence se partage en trois phases : une première, de séjour au régiment où il commet, il est vrai, des fautes graves et où il revient dès qu'il en est sorti : une seconde, très brève, où il essaye de vivre de la vie de tous et où il échoue, se faisant condamner plusieurs fois; une troisième, où il demande à l'asile la vie réglée qu'il ne peut se donner.

Obs. XV. — H..., cinquante ans, originaire de la Marne; débardeur. Instruction nulle. *Engagé* dans un bataillon de chasseurs à pied. Cinq ans de service. Bonne conduite. Il se livre à des excès de boisson. Deux condamnations pour outrages

et rébellion. *Engagé* dans la *Légion étrangère. Conseil de guerre pour dissipation d'effets : un an de prison.*

Conseil de guerre pour dissipation d'effets : un an de prison.

Conseil de guerre pour désertion : quatre ans de travaux publics. Il passe ainsi une dizaine d'années. Multiples tatouages. Rentré en France. Neuf condamnations, deux ans d'interdiction de séjour pour outrages et rébellion. Six internements dont deux après expertise médico-légale. Quatre séjours à Nanterre.

H... est un débile instable et impulsif, se livrant à de fréquents excès de boisson, sous l'influence desquels il se livre à des violences.

VI. — Appelés ou engagés incorporés dans un bataillon d'Afrique.

Obs. I. — P... (1), trente-deux ans, originaire de Saint-Maurice, terrassier. Orphelin à seize ans. Instruction nulle. Fièvre typhoïde à dix-neuf ans. Alcoolisme. Mis une fois en liberté à l'Infirmerie spéciale, où il a été conduit pour ivresse. Quatre condamnations pour vol et vagabondage, coups et blessures, outrages. *Appelé* et incorporé au *3e bataillon d'Afrique.* Bonne conduite. *Envoyé dans un régiment de zouaves.* Libéré et rentré à Paris, il recommence les excès alcooliques. Dix entrées dans les asiles. Les différents placements, qui ont une durée moyenne de un mois et qui, pour la plupart, sont intentionnels, sont déterminés par des idées délirantes d'origine alcoolique et aussi par des crises d'épilepsie et des tentatives de suicide simulées. Quatre rapports médico-légaux, sept passages à l'Infirmerie spéciale non suivis d'internement. Huit condamnations et cinq ans d'interdiction de séjour pour vol, mendicité. Un séjour à Nanterre.

P... est un débile de l'intelligence et du sens moral, paresseux, instable, ne pouvant vivre d'aucun travail régulier. Il est sujet à des crises hystériformes.

Obs. II. — G..., vingt-sept ans, originaire de Paris, camelot. Instruction passable. C'est un paresseux qui ne veut se livrer à aucun travail. Quatre condamnations pour vol, coups. *Engagé* et affecté au *3e bataillon d'Afrique.* Quatre ans de service. Mauvaise conduite : *envoyé à la section de discipline.* Libéré, il rentre à Paris et ne travaille pas ; il vit la plupart du temps de mendicité, de secours. Deux entrées dans les asiles par placement volontaire.

---

(1) *Bull. Soc. clin. ment. méd.* Juin 1910, p. 222 et 223.

G... est un débile, sans volonté, malfaisant, vicieux, qui ne s'est jamais livré à aucun travail.

Obs. III. — P..., trente ans, originaire du Puy-de-Dôme; venu à Paris à douze ans, travaille comme conducteur de bestiaux aux abattoirs et a continué depuis ce métier. Instruction très médiocre. Sept condamnations pour vol, vagabondage. *Appelé* et incorporé *au* 4e *bataillon d'Afrique*. Quatre ans de service. Mauvaise conduite. Trois séjours à la *section de discipline*. Tatouages multiples. Libéré, il revient à Paris. Six condamnations et cinq ans d'interdiction de séjour pour coups, violences, blessures. Interné en 1910 à la suite d'un accès délirant alcoolique.

P... est un débile mental et moral qui, sous l'influence de l'alcool, est sujet à des impulsions violentes et dangereuses.

Obs. IV. — D..., vingt-huit ans, originaire du Mans, cordonnier. Cinq condamnations pour ivresse, vagabondage. *Appelé* et incorporé au *5e bataillon d'Afrique*; nombreuses punitions de prison; envoyé à la *section de discipline*. Sous l'influence d'une impulsion, refus d'obéissance et voies de fait envers un supérieur : *Réformé* au bout de huit mois de service. Huit condamnations dans la région de Tours pour vagabondage, mendicité, vol, ivresse, filouterie. A Paris depuis deux ans, deux séjours à Nanterre. Interné en 1910 pour idées vagues de persécution et préoccupations hypocondriaques.

D... est un débile mental et moral, instable, qui, outre les idées délirantes précédentes, est sujet à des impulsions violentes.

Obs. V. — Z..., vingt-trois ans, originaire de Paris. Parti de chez ses parents à dix-huit ans emmenant un de ses frères; il ne veut pas travailler, a de mauvaises fréquentations et vit de vol et mendicité. Huit condamnations pour vol, vagabondage, mendicité. Un séjour à Nanterre. Plusieurs arrestations sans suite. *Appelé* et incorporé au *1er bataillon d'Afrique*. Au bout de deux mois, sous l'influence de préoccupations hypocondriaques et d'idées vagues de persécution, il frappe un de ses compagnons d'un coup de couteau; mis en cellule, il injurie tout le monde et casse tout. *Réformé* après internement à Saint-Pierre de Marseille. Rentré à Paris, il est presque aussitôt interné après expertise médico-légale (coups et outrages).

Z... est un débile moral, instable, impulsif et violent, inaffectif, sujet à de vagues idées de persécution et des préoccupations hypocondriaques.

Obs. VI. — F..., vingt-huit ans, originaire du Puy-de-Dôme; tailleur d'habits. Amené jeune à Paris. Instruction médiocre. Arrêté plusieurs fois à partir de quinze ans pour vol, vagabondage, il est mis en maison de correction jusqu'à son

engagement. *Engagé* et affecté au 5e *bataillon d'Afrique.* Cinq ans de service. Mauvaise conduite. *En conseil de guerre pour désertion* : six mois de prison; plusieurs séjours à la *section de discipline*; pédérastie. Tatouages multiples. Rentré à Paris, il fait plusieurs métiers sans s'attacher à aucun. Deux condamnations et deux ans d'interdiction de séjour pour vol. Interné en 1910 à la suite d'une expertise médico-légale (vol).

F... est un débile, formulant des idées vagues de persécution et accusant des symptômes de crises vraisemblablement épileptiques. C'est un instable à perversions morales.

Obs. VII. — V..., trente et un ans, originaire de Paris. Instruction médiocre. Père alcoolique. Perversions instinctives, paresse. En correction à la Petite Roquette. Deux condamnations pour vol. *Interné* à Bicêtre à la suite d'une expertise médico-légale. *Engagé* et affecté au 2e *bataillon d'Afrique.* Bonne conduite. Envoyé dans un *régiment de zouaves.* Pendant le changement de corps, il vole des effets militaires. Dès lors, il ne cesse plus d'être puni et de passer son temps en prison; il y reste une fois treize mois consécutifs. *Deux fois en prévention de conseil de guerre* pour refus d'obéissance; la seconde fois, *acquitté après examen du dossier des asiles* qu'il avait fait venir. Nombreux tatouages. Libéré, son temps de service achevé, il rentre à Paris et ne peut se livrer à aucun travail suivi, il fait des excès alcooliques et essaye de se faire placer dans les asiles. Trois condamnations pour vagabondage, coups; sept internements de très courte durée par placement volontaire. Mis trois fois en liberté à l'Infirmerie spéciale. *Engagé dans la Légion étrangère* en 1908. *Insoumis*, il est *réformé* au Val-de-Grâce *après examen du dossier des asiles.* Trois condamnations. Neuf internements, dont sept par placement volontaire et un après expertise médico-légale. Mis une fois en liberté à l'Infirmerie spéciale.

V... est un débile qui ne peut se conduire régulièrement dehors ni s'occuper à un travail quelconque. C'est un instable, un vicieux, un violent parfois.

Obs. VIII. — J... (1), originaire de Rouen. Laveur de carreaux. Instruction médiocre. Sœur en maison de tolérance. Il ne travaille pas et se fait nourrir par sa sœur ou vit de mendicité. Huit condamnations pour vol, vagabondage, mendicité. Plusieurs arrestations sans suite. *Appelé* et affecté au 4e *bataillon d'Afrique.* Bonne condite. *Envoyé dans un régiment d'infanterie de France.* Peu de temps après l'arrivée dans ce dernier corps, *conseil de guerre pour refus d'obéissance* :

(1) *Bull. Soc. clin. méd. ment.*, nov. 1910, p. 318 à 320 et p. 328.

six mois de prison avec sursis. Libéré, il revient à Paris et reste encore quelque temps sans travailler. Deux condamnations pour vagabondage. En 1907, il entre dans une entreprise de lavage de carreaux. Interné en mai 1910, à la suite d'une expertise médico-légale. Sous l'influence d'idées de persécution, basées sur des interprétations, des hallucinations, il a commis un *homicide*.

Avant le meurtre, J... était un débile, instable, paresseux, amoral, avec prédispositions violentes.

Obs. IX. — M..., quarante ans, originaire de Nancy; instruction nulle. Père alcoolique. En maison de correction à treize ans. Il vagabonde, exerçant des métiers de fortune. Douze condamnations pour vagabondage, mendicicité, filouterie, bris de clôture... Appelé et affecté au *3e bataillon d'Afrique*. Au bout de trois mois, *conseil de guerre pour bris de fusil* : trois ans de *travaux publics*. Mauvaise conduite à son retour au bataillon; désigné pour la *compagnie de discipline du Sénégal*. Il déserte à l'étranger et vient en France, Quatre condamnations pour vagabondage. Repris par l'autorité militaire. *Conseil de guerre pour désertion : cinq ans de travaux publics*; amnistié. Dirigé sur la *compagnie de discipline de Madagascar*, il y achève son temps et y demeure un an et demi. Nombreux tatouages. Rentré en France, il recommence à vagabonder. Quatorze condamnations surtout pour mendicité et vagabondage; nombreux séjours à Nanterre. Interné en 1910 pour délire alcoolique.

M... est un débile de l'intelligence, de la volonté et du sens moral. Toute son existence passée a surabondamment démontré qu'il ne pouvait vivre correctement.

Obs. X. — M... (1), trente-six ans, originaire de l'Aube; instruction très médiocre. Mère morte de paralysie (?). Sœur déséquilibrée. Trois condamnations pour filouterie, outrages à la pudeur, vagabondage. Appelé et affecté au *3e bataillon d'Afrique*. Au bout de trois mois de service, *conseil de guerre pour refus d'obéissance et lacération d'effets* : un an de pénitencier. Durant sa peine, *conseil de guerre pour lacération d'effets* : cinq ans de travaux publics. A l'expiration de cette deuxième peine, *conseil de guerre pour outrages à supérieur* : un an de pénitencier. *Réformé*. Rentré en France, il vit de mendicité. Seize condamnations, nombreux séjours à Nanterre. Interné en 1910 à la suite d'une expertise médico-légale. Sous l'influence d'idées vagues de persécution, il a blessé un de ses compagnons à Nanterre.

M... est un malade d'un très faible niveau intellectuel, inca-

(1) *Bull. Soc. clin. méd. ment.*, mars 1911.

pable de comprendre les notions morales. Il est sujet à des impulsions brusques et violentes.

Obs. XI. — S..., quarante ans, originaire de l'Yonne. Instruction moyenne. Il se livre à des excès de boisson et se montre violent dès son jeune âge. Neuf condamnations pour outrages, coups, rébellion. Appelé et affecté à un *bataillon d'Afrique*. Au bout de peu de temps, *conseil de guerre pour attentat à la pudeur* : cinq ans de réclusion et dégradation militaire. Versé dans une section d'exclus, il se fait à nouveau condamner à six mois de prison. Rentré à Paris, il continue à faire des excès de boissons sous l'influence desquels il a des réactions extrêmement violentes et dangereuses. Cinq condamnations pour outrages, coups, rébellion. Huit internements à la suite de ses réactions d'ordre alcoolique. Plusieurs tentatives de suicide.

S... sort un peu du cadre qui englobe les dix malades précédents. C'est un dégénéré d'une impulsivité très développée à la suite des excès alcooliques. Comme les précédents, toutefois, c'est un paresseux qui ne veut se livrer à aucun métier stable.

Un seul de ces onze malades a été interné avant son envoi au Bataillon d'Afrique. Versé dans un régiment régulier en raison de sa bonne conduite, il n'a plus cessé d'être puni.

Engagé après sa libération dans la Légion, il a été réformé après insoumission. Huit ont passé en conseil de guerre, trois ont été réformés. Ce dernier nombre montre que le chiffre d'aliénés aux Bataillons, donné par les statistiques militaires, est bien au-dessous de la réalité, puisque, pour nos seuls malades, il ne représente officiellement que le quart de ce qu'il devrait être.

VII. — Service militaire régulier.

Dix-sept malades sur le total des aliénés internés à la section spéciale de Villejuif ont seuls accompli un service régulier.

Mais huit déjà sont à éliminer de la classe des dégénérés et débiles moraux, parce qu'ils n'ont été internés que pour des délires tardifs (paralysie générale, délire de persécution). Ce sont des hommes de trente-cinq ans à quarante ans, qui ne sont entrés à l'asile que depuis un an ou deux et qui ne devaient probablement

pas êtres malades au moment de leur passage au régiment.

Les autres sont des alcooliques chroniques dont la résistance cérébrale ne s'est également épuisée que tardivement et pour qui une vie désordonnée ne s'est établie qu'assez tard ; ils sont âgés de quarante à soixante ans. Au moment de leur service militaire, ils ne présentaient aucune perturbation mentale ; plusieurs ont même accompli de nombreuses années de service et quelques-uns ont obtenu des grades. Un seul débile a fait régulièrement ses deux années de service militaire comme appelé. Sa faiblesse intellectuelle était manifeste et sa mère, qui avait beaucoup de peine à le garder, ne voyait pas sans hésitation l'époque du conseil de revision arriver; elle était persuadée que son fils ne serait pas pris et son désir était de le voir soldat. « Cela, disait-elle, lui changerait le caractère et lui serait favorable. » Elle fit partir son fils en Bretagne au moment de la revision. Plusieurs rappels de visite étant envoyés avant l'incorporation, elle retint son fils et s'excusa auprès de l'autorité militaire. Le malade qui avait déjà été interné pendant trois ans à la colonie de Vaucluse, fut pris comme « bon absent ». Il fit un service militaire assez régulier. Depuis, il n'a pu se conduire régulièrement et il a été de nouveau interné.

En résumé, la question du service militaire des dégénérés et débiles moraux ne comprend que les cas des six premiers chapitres. Aucun des malades qui y trouvent place n'a pu accomplir, d'une façon profitable, de service actif.

Pour le bien de l'armée, et aussi dans l'intérêt de plusieurs de ces malades qui ont eu à pâtir des conséquences de leurs tares mentales, il eût été préférable qu'ils n'aient pas été incorporés. Des conclusions pratiques destinées à solutionner le problème du service militaire des dégénérés et débiles moraux ont été données par plusieurs auteurs. Malheureusement, la question est difficile à résoudre à la satisfaction de tous. On a objecté que ne pas astreindre au service militaire certains dégénérés impulsifs, délinquants, mais non délirants comme ceux qui peuplent les *Bataillons d'Afrique*, c'était donner une prime à l'immoralité et

encourager les mauvaises tendances. Sans aller à supprimer complètement le service militaire pour de semblables malades, ne pourrait-on, au lieu de les assembler en des bataillons serrés, où la surveillance est difficile et la contagion florissante, les disséminer le plus possible, les occuper à des travaux manuels, leur apprendre en somme un métier qui pourrait leur être utile par la suite tout en couvrant, par sa production, les frais que nécessite leur entretien? Ce serait une organisation complète à élaborer. La section spéciale de Villejuif donne pour ces mêmes individus rendus à la vie commune de très bons résultats. C'est pourquoi il est permis de supposer que pareille tentative pourrait être tentée par les autorités militaires compétentes. Aux ateliers de travaux publics, les détenus, dira-t-on, sont soumis à ce régime. Il suffit de lire le livre de M. Boigey pour se convaincre que le travail est bien peu suivi et que les prescriptions qui prévoient l'isolement, seul moyen d'amélioration, sont pratiquement impossibles à exécuter.

Nous n'insisterons pas plus longuement sur ce point et nous nous permettrons de renvoyer aux conclusions du rapport de M. Pactet au Congrès de Berlin, conclusions qui règlent la question du service militaire des aliénés en général. Il les a trop bien formulées pour que, à moins de redites, nous y revenions à notre tour.

DISCUSSION

M. Vigouroux. — La communication de M. Beaussart est des plus intéressantes ; il est indiscutable que les débiles dont il donne l'observation n'étaient pas à leur place dans l'armée et qu'il est heureux qu'ils aient été réformés.

Le problème est plus difficile à résoudre, quand, au lieu de juger après que les réactions du sujet vis-à-vis de la discipline militaire ont montré l'incompatibilité, on est appelé à donner un conseil ou un avis aux parents d'un jeune débile avant qu'il ait accompli son service militaire.

Le diagnostic positif de la débilité mentale est, chacun le sait, des plus délicats. Entre le garçon très

peu intelligent qui fera un excellent manœuvre et un bon soldat et le débile intellectuel qui, vivant à Paris et inadapté à ce milieu, est placé à la colonie de Vaucluse, il y a souvent des différences bien peu appréciables.

D'autre part, certains de ces dégénérés placés dans leur jeunesse à la colonie ont surtout des troubles du caractère : ils sont surtout instables et parfois un peu impulsifs ou abouliques, et il n'est pas rare de voir ces débiles, vers dix-huit ans, se montrer à l'asile, sous l'influence d'une discipline très légère, de bons travailleurs et d'excellents sujets. Livrés à eux-mêmes, peut-être ne pourront-ils pas encore vivre au dehors. Mais peut-on affirmer, *a priori*, que la vie militaire ne sera pas pour eux une école utile, où leur caractère se formera?

Nous avons eu à Vaucluse des cas, rares il est vrai, mais indéniables, d'anciens pensionnaires de la colonie et de l'asile, qui, non seulement ont fait sans encombre leur trois ans de service, mais qui ont fourni une carrière militaire très honorable.

Comment prévoir quelle sera la conduite de ces jeunes gens au régiment? Je crois que le moyen le plus simple est de laisser tenter l'expérience en prévenant l'autorité militaire, ou en se tenant prêt à la prévenir en cas d'accident. Le plus souvent, du reste, les sujets eux-mêmes se chargent de donner au médecin militaire ou à l'officier instructeur l'adresse des médecins qui les ont soignés.

M. Colin. — J'avoue ne pas partager l'optimisme de M. Vigouroux au sujet des services à attendre des débiles auxquels il est fait allusion. Le problème, du reste, n'est pas nouveau ; il se pose non seulement pour les malades de nos asiles, mais encore pour les jeunes criminels, pensionnaires des colonies pénitentiaires et des écoles de réforme. L'engagement, à une certaine époque, semblait être une panacée universelle, et je pourrais citer telle éminente personnalité dont les efforts constants tendent au relèvement par la discipline militaire des malheureux qui représentent, quoi qu'on puisse en penser, le déchet de la collectivité.

Il faut bien l'avouer, à part quelques cas très rares, les résultats sont peu encourageants, et si l'on peut montrer à la colonie de Mettray la croix d'honneur méritée par un ancien pensionnaire de l'établissement, engagé volontaire, l'expérience se termine plus fréquemment par l'envoi au conseil de guerre, aux compagnies de discipline ou à l'asile d'aliénés.

Enfin, pour les malades comme ceux qui viennent de vous être présentés, il y a, je crois, un danger véritable à leur confier des armes qui, étant donné leur caractère indiscipliné, leurs tendances agressives, leur impulsivité morbide, serviront surtout contre leurs propres camarades ou contre les gradés.

M. Vigouroux. — M. Colin me fait parler d'aliénés, alors que je ne fais allusion qu'à un petit nombre de débiles supérieurs, très proches de l'individu normal.

Il semble croire qu'à la colonie ou à l'asile de Vaucluse, nous faisons systématiquement engager les débiles. C'est une erreur. Je n'ai, pour ma part, jamais fait contracter un engagement militaire. Mais, souvent, je suis appelé à donner des conseils à ce sujet. Lorsqu'un jeune homme de dix-sept ou dix-huit ans est mis en liberté, il n'est pas rare que ses parents me demandent s'ils doivent le faire engager à dix-huit ans, ou chercher à le faire réformer à vingt et un ans. Je dis que c'est là un conseil très délicat à donner, conseil, du reste, qui est rarement suivi.

M. Pactet. — L'aptitude au service militaire est, pour les sujets qui nous occupent, question d'espèces. Il est très délicat d'établir, à ce propos, une règle générale. J'estime que les dégénérés avec altération des facultés morales doivent tous être exclus de l'armée où leur présence offre plus d'inconvénients, quand ce ne serait qu'au point de vue de l'exemple, que d'avantages.

Je reconnais, par contre, que certains débiles qui se montrent dociles peuvent retirer quelque bénéfice du séjour dans l'armée. Mais il importe alors que les chefs soient prévenus de la situation mentale particulière de ces soldats et que ces derniers, observés attentivement au point de vue de leurs réactions dans ce milieu spécial, n'y soient pas maintenus *quand même*, s'ils donnent la preuve qu'ils sont dans l'impossibilité de s'y adapter.

C'est pour répondre à cet ordre de préoccupations que, dans les conclusions que j'ai développées au Congrès international d'assistance des aliénés tenu à Berlin au mois d'octobre 1910, je proposais quelques mesures destinées à amener la découverte précoce et l'élimination de l'armée par voie de réforme des sujets qui, du fait de leur état mental, s'y trouvaient exposés à de graves inconvénients.

Ces mesures étaient indiquées dans les conclusions VIII et IX que je demande la permission de lire.

Conclusion VIII. — La recherche des aliénés pourrait être facilitée par le Conseil de revision, s'il dressait une liste des sujets chez qui existe une présomption de maladie mentale.

Cette liste serait établie avec les garanties de discrétion désirables, à l'aide, d'une part, des renseignements qui, aux termes des articles 8 et 19 de la loi du 30 juin 1838 sur le régime des aliénés, sont transmis aux préfets à l'occasion de tout placement d'aliéné dans un asile ou une maison de santé, et, d'autre part, des renseignements que les maires auraient l'obligation de donner à l'autorité administrative au moment où ils dressent le tableau de recensement pour la formation de la classe, sur les jeunes gens de leur commune qui, de notoriété publique, sont des déséquilibrés ou des faibles d'esprit. Cette liste comprendrait :

a) Les jeunes gens ayant déjà été internés pour des troubles mentaux ;

b) Ceux que la notoriété publique désigne comme anormaux ;

c) Ceux qui, au cours de l'examen médical, devant le Conseil de revision, auraient, par quelque indice, éveillé dans l'esprit de l'expert le soupçon de l'existence possible de quelque anomalie mentale latente.

Elle serait transmise aux chefs et aux médecins des corps de troupe sur lesquels ces recrues auraient été dirigées.

Conclusion IX. — Dans le but de favoriser la recherche rationnelle des aliénés dans l'armée, il devrait être institué une commission militaire fonctionnant dans des conditions analogues à celles de la commission de réforme.

Cette commission serait composée d'un médecin aliéniste militaire et de deux médecins de corps de troupe, choisis de préférence parmi ceux qui auraient témoigné de quelque intérêt pour la pathologie mentale.

Pendant le premier semestre qui suit l'arrivée des recrues au régiment, elle se réunirait, une fois par mois, à l'hôpital de chaque subdivision militaire ou, au besoin, dans les corps de troupe, pour procéder à l'examen des jeunes soldats qui figurent sur la liste des suspects au point de vue de l'intégrité mentale et de tous les hommes, en général, qui se seraient signalés à l'attention de leurs chefs par un nombre insolite de punitions, par leur indiscipline et par des actes les exposant aux sévérités du Code.

Pendant le reste de l'année, ces réunions seraient trimestrielles.

La commission sanitaire désignerait, à la suite de son examen, les hommes qui doivent être mis en observation au point de vue de l'état de leurs facultés mentales.

M. Vigouroux. — M. Pactet a cité plusieurs fois le cas d'un ancien malade de mon service, que le père avait fait engager malgré tous mes conseils. Je considérais ce malade comme un imbécile ; pour cette classe d'insuffisants cérébraux, la question, à mon avis, ne se pose même pas.

D'autre part, je me rallie complètement aux conclusions que M. Pactet vient de nous lire et qu'il a formulées au Congrès de Berlin. Il sépare nettement les débiles intellectuels et les dégénérés ayant des troubles du caractère de ceux qu'il appelle des débiles moraux qu'ont surtout étudiés MM. Colin et Beaussart.

M. Blin. — Je suis tout à fait de l'avis de mon collègue Vigouroux. Il y a, en effet, une grande différence au point de vue social et, en particulier, au point de vue militaire, entre les débiles moraux et les débiles intellectuels. Alors que pour les premiers, chaque cas soulève, en quelque sorte, un problème particulier, pour les seconds, au contraire, l'ambiance de la discipline militaire constitue, d'une façon générale, une sorte de prolongation de l'éducation médico-pédagogique reçue dans un établissement spécial. Cette opinion est basée sur le grand nombre de débiles intellectuels que j'ai vu

effectuer leur service militaire dans les conditions les plus honorables.

M. de Clérambault. — Les médecins militaires seraient en droit de nous reprocher de tenir peu de compte du but essentiel des armées, et des intérêts de la nation. Quand un dégénéré a fait son temps de service sans punitions et que sa famille est satisfaite, cela ne suffit pas pour qu'une bonne œuvre soit accomplie. L'armée a pour but de combattre et les corps de troupe en campagne ne sauraient contenir en eux sans danger certaines individualités. Durant les grandes manœuvres déjà, certains débiles, tolérables à la caserne, deviennent gênants : ils se prêtent mal au travail en ordre dispersé, *a fortiori* ne peut-on leur confier certaines tâches qui comportent de l'intelligence et de l'initiative, comme celle de sentinelle, d'éclaireur ou d'estafette. Que si de tels rôles leur sont, par un hasard, confiés, ils risquent par la maladresse, l'erreur ou l'émotivité, de fatiguer, d'alarmer ou de compromettre entièrement un corps de troupe. En cas de guerre, ils seraient d'autant plus dangereux que dans les conditions modernes le combattant n'est pas étroitement encadré, et que les épreuves imposées à l'endurance morale sont excessivement prolongées. Le temps me manque pour montrer dans quelles hypothèses journalières un dégénéré, un débile, un émotif, peuvent devenir facteurs de désordre, voire de panique. Je citerai seulement le cas fréquent, et bien connu, de la sentinelle peureuse ou niaise qui donne l'alarme pour un chien ou un hérisson ayant remué dans l'ombre auprès d'elle, et qui fait passer une nuit blanche au corps de troupe dont elle devait assurer le repos. D'un autre côté, un amoral pourrait causer volontairement des fausses manœuvres. En un mot, *il n'est pas d'individu taré qui ne présente de multiples chances de provoquer des catastrophes.* A mettre les choses au mieux, ils représentent encore un poids mort et des bouches complètement inutiles.

M. Arnaud. — Il est reconnu, je crois, que depuis quelques années, quinze à vingt ans, peut-être plus, la discipline de l'armée est moins rude qu'autrefois. Il serait intéressant de savoir, pour apprécier les idées que vient d'exposer M. Briand, si cet adoucissement de la

discipline a produit de bons effets sur des sujets difficiles, déséquilibrés amoraux, qui fournissent un contingent élevé au bataillon d'Afrique et aux compagnies de discipline? Autrefois, on n'hésitait pas à faire engager ces « têtes brûlées ». Avec une discipline plus sévère, les résultats étaient-ils différents de ceux d'aujourd'hui? Serait-il très difficile de réunir les documents permettant de résoudre cette question?

La séance est levée à 6 heures.

J.-M. DUPAIN.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

JOURNAUX ITALIENS

Il Manicomio.

ANNÉE 1907.

I. — *Déficients et mentalité*; par le professeur Del Greco (n° 1). — L'étude des déficients a conquis aujourd'hui une importance considérable parce qu'elle permet de comprendre le processus général de formation de la mentalité et parce qu'à elle se rattachent de graves problèmes pédagogiques et médico-légaux.

A côté de l'idiot prend immédiatement place l'imbécile, qu'il est facile de reconnaître à ses aperceptions superficielles, à sa mémoire vive mais inconsistante, à son absence de sentiments familiers et humains, à sa vanité, à son humeur instable et ombrageuse. L'imbécile est atteint de déformations de la constitution organico-instinctive, son instinct sexuel est exagéré ou perverti, il présente des troubles de l'instinct de défense personnelle : peureux quoique agressif, il n'est pas rare qu'il devienne criminel. Cependant il est des imbéciles qui ne vont pas jusque-là et qui généralement ne sont pas dangereux; mais, néanmoins, s'ils vivent en liberté, ils deviennent vite gênants, parce qu'ils sont peu ou pas éducables, parce qu'ils ne peuvent que difficilement s'adapter. Tous les caractères des imbéciles sont permanents et rien, pas même les épisodes délirants, n'arrive à les modifier; ordinairement, leur intelligence est lucide, ils observent, parlent, agissent dans le milieu où ils vivent et se servent d'une façon à peu près convenable du peu qu'ils ont pu apprendre. Il n'en est pas de même des instables.

Ceux-ci, en effet, qui en temps ordinaire ne diffèrent pratiquement en rien des individus normaux, se caractérisent par une tendance à l'obnubilation passagère de la conscience et aux explosions motrices instinctives. De Sanctis les a heureusement qualifiés de « épileptoïdes ».

Les instables impulsifs et violents constituent comme une sorte de type de passage entre l'imbécile ordinaire et les instables. Ces derniers peuvent être considérés comme des indi

vidus normaux qui sont à la merci des moindres conditions insolites et pour qui le moment le plus critique est l'adolescence. Les uns tombent dans la folie ou dans la démence, les autres restent pendant toute leur vie des affaiblis aptes seulement à remplir de petits emplois.

De ceux-ci, les éducateurs autoritaires font ce qu'ils veulent, car ils acceptent docilement tout ce qu'on leur inculque, même les notions les plus contradictoires : leur esprit n'a qu'une minime aptitude à l'unification.

Les différences qui existent normalement entre les imbéciles et les instables se traduisent aussi en pathologie ; les uns en effet présentent des états psychopathiques, les autres des processus psychopathiques ; les uns présentent des formes dégénératives, les autres font de la folie. Dans les états dégénératifs, on observe des anomalies psychologiques fixes, profondes, et l'aliénation au cours de ces états se caractérise presque uniquement par une sorte d'exaltation de ces anomalies et par leur transformation en *perversions stables*. Au contraire, dans la folie, la mentalité tout entière est touchée, il y a entre le malade et le monde extérieur un dissentiment profond dont toute la conscience se ressent et souffre : ainsi se constitue un fond sur lequel se développe souvent du délire.

Entre les formes dégénératives et la folie, on trouve toute une série d'intermédiaires, folies systématisées, paranoïas originaire et évolutive, qui constituent des formes de passage et montrent que le développement de la mentalité marche de pair avec celui de la personnalité ; on doit remarquer, en effet, que les folies des déficients sont de préférence des folies de l'adolescence, parce que, à cette époque de la vie, la personnalité présente une des phases les plus critiques de sa transformation. Au cours de l'adolescence, en effet, s'accomplit un travail formidable qui donnera naissance à l'esprit, au caractère : la volonté y est incertaine, indécise, impulsive ; on y remarque une tendance remarquable à l'obnubilation de l'intelligence et de la conscience, aux impulsions aveugles, aux rêveries, aux aspirations. L'étude des déficients le confirme ; les déficients font facilement de la folie confusionnelle et même de la stupeur ; ils sont aussi souvent impulsifs, présentent du délire de rêve, de la dissolution de la personnalité. Ils peuvent aussi facilement retourner brusquement à un état presque normal pour retomber bientôt : tout ceci laisse supposer une asthénie profonde de l'attention, de la volonté, de l'énergie créatrice.

Chez les déficients stables (c'est-à-dire non phrénasthéniques), on retrouve aussi une apathie considérable, une pauvreté remarquable de l'imagination, de l'inertie de l'idéation. Et cependant, c'est parmi eux que l'on rencontre beaucoup de ces écoliers qui font l'orgueil du maître et des familles; mais leur bonne scolarité se traduit surtout par de la subordination, par une obéissance passive au maître, elle est, en résumé, toute superficielle, l'obéissance étant un soulagement pour leur apathie. Leur imagination reste pauvre, ils manquent de spontanéité et, jeunes gens, ils restent enfants. Plus tard, ils sont incapables de se diriger seuls dans la vie, parce que toujours leur manquera cette direction dont leur apathie s'accommodait; leur responsabilité, même lorsqu'ils ne sont pas des phrénasthéniques, est très notablement diminuée, sinon abolie.

II. — *Sur la fine organisation du système nerveux*; par le Dr Aleardo Salerni (n° 1). — Ce travail est une revue critique faite à propos d'une publication récente dans laquelle Kronthal a mis en doute les résultats fournis par les méthodes d'imprégnation à l'argent. L'auteur montre les résultats très heureux fournis par ces méthodes qui ont bouleversé et renouvelé nos idées sur la structure histologique des centres nerveux, mais auxquelles, il faut bien le reconnaître, sans cependant y mettre le parti pris que semble y avoir apporté Kronthal, on semble avoir demandé plus qu'elles ne pouvaient donner. Les méthodes de coloration, grâce aux données primordiales qui nous ont été fournies par les découvertes et les perfectionnements de Golgi et de Ramon y Cajal, restent et resteront, à n'en pas douter, des méthodes de choix pour l'étude de l'anatomie fine des centres nerveux. Mais, et c'est surtout ce qu'il importe de ne pas oublier, ces méthodes se complètent l'une et l'autre, et il est imprudent de demander exclusivement à un seul procédé ce qu'il est incapable de fournir. On arriverait ainsi à des schématisations dangereuses contre lesquelles Golgi mettait très judicieusement les chercheurs en garde il y aura bientôt trente ans.

III. — *L'alcalinité du sang chez les épileptiques*; par le Dr Tolone Giuseppe (n° 1). — L'alcalinité du sang, témoin du métabolisme organique, est un guide précieux dans l'étude de la physiopathologie en général et particulièrement dans l'interprétation de ces états morbides causés essentiellement par une perversion profonde des diverses fonctions biologiques. Des diverses études entreprises dans les maladies mentales, il résulte que l'alcalinité du sang y est parfois diminuée, et cela

particulièrement d'une manière sensible et constante dans la folie pellagreuse et dans l'épilepsie.

C'est sur cette dernière affection que l'auteur a fait porter ses recherches ; il s'est servi, à cet effet, de l'hémato-alcalimètre du professeur Cavazzani, et les résultats obtenus lui ont permis de formuler les conclusions suivantes : chez les épileptiques, le sang présente d'une manière constante un degré alcalimétrique non seulement inférieur à la normale, mais encore extrêmement variable d'un moment à l'autre ; chez les épileptiques à périodes intervallaires très longues, le degré alcalimétrique, quoique toujours hyponormal, est cependant toujours plus élevé que chez les épileptiques à intervalles plus courts, et présente entre les accès des oscillations insignifiantes ; chez les épileptiques à périodes intervallaires très courtes, le degré alcalimétrique est très abaissé et se montre le plus bas immédiatement avant ou après la crise ; chez les épileptiques à périodes intervallaires de moyenne durée, la courbe alcalimétrique décrit une parabole, le degré se relevant peu à peu après l'accès pour approcher de la normale sans jamais y atteindre, il reste un moment stationnaire après de légères oscillations, puis s'abaisse jusqu'à l'accès.

IV. — *Sur quelques anomalies de développement des fibres nerveuses centrales* ; par le Dr Gerardo Ansalone (n° 1). — Ramon y Cajal a décrit sous le nom de *mazas* des renflements caractéristiques que l'on observe dans les fibres nerveuses en voie de régénération, et il a donné le même nom à des formations nerveuses spéciales qui se rencontrent dans la substance blanche cérébrale et dans les fibres radiculaires du facial du fœtus de chat et dans les fibres radiculaires du nerf vague de l'embryon de lapin.

Des recherches entreprises par l'auteur sur l'embryon de poulet lui ont montré qu'on y trouve très fréquemment des mazas et des épaississements fusiformes sur le trajet des cylindraxes ; les épaississements fusiformes apparaissent les premiers et sont de beaucoup les plus nombreux. Un certain nombre de mazas doit être considéré comme le résultat d'un processus involutif des formations fusiformes : le prolongement distal séparé de la cellule d'origine par l'épaississement s'atrophie et le fuseau se transforme en maza. A mesure que l'embryon s'accroît, les épaississements fusiformes deviennent rares et les mazas deviennent plus nombreux. La théorie proposée par Cajal, et selon laquelle les mazas seraient occasionnés par un obstacle mécanique que le cylindraxe rencontrerait sur son

chemin, et les formations fusiformes une formation évolutive secondaire des mazas, ne peut être considérée comme absolument exacte, puisque dans les premiers stades embryonnaires ce sont les fuseaux qui prédominent et que l'on ne peut démontrer l'existence d'obstacles mécaniques au développement des cylindraxes.

V. — *A propos d'un délire paranoïde chez une démente précoce*; par le Dr Ettore Palazzeschi (n° 1). — Observation d'une malade chez laquelle le délire et l'affaiblissement intellectuel marchaient de pair et étaient associés, au point qu'il était impossible d'envisager l'un en dehors de l'autre. La malade, internée vers l'âge de quarante ans, avait eu jusque-là une existence extrêmement mouvementée et vagabonde, obligée qu'elle fut de lutter âprement pour la vie sans être suffisamment armée et sans avoir une claire conscience de ce dont elle était capable; cela à cause du dissentiment qui sans doute existait déjà chez elle entre la raison et l'imagination. Elle était évidemment dès l'origine une instable et une inadaptable. Le délire qu'elle présenta ultérieurement surgit tout d'un coup et montra les caractères que Kraepelin assigne au délire paranoïde. Il s'accompagnait de sensation de transformation corporelle, d'idées de persécution par les moyens physiques, d'hallucinations cénesthésiques et viscérales, d'idées hypocondriaques à base hallucinatoire. Ces derniers symptômes sont communs avec ceux que l'on rencontre dans cette forme tardive de la démence paranoïde à laquelle Lugaro a donné le nom d'*hypocondria persecutoria*, et qui, le plus souvent, se manifeste au moment de la ménopause; il ne s'agit pourtant point ici de cette forme, en raison de l'incohérence qui se manifestait : cette incohérence dénote, en effet, le caractère démentiel de l'affection.

L'auteur estime qu'à côté de la prédisposition congénitale, il faut admettre comme nécessaire le concours d'autres coefficients; peut-être pourrait-on invoquer les altérations de glandes à sécrétion interne. Le fait que, dans le cas en cause, les fonctions sensitivo-motrices étaient indemnes, est de nature à confirmer la manière de voir de Sérieux, lequel estime que dans la démence précoce le processus toxique exerce une action élective sur les centres psychiques supérieurs et respecte les fonctions des centres sensitivo-moteurs, opinion confirmée par les recherches de Klippel et Lhermitte.

VI. — *Les altérations du sang considérées spécialement dans les maladies mentales*; par le Dr Raffaele Goldi (n° 1). — Analyse retardée jusqu'à publication intégrale.

VII. — *Sur la nature et sur l'unité des psychoses dites affectives*; par le Dr G. Esposito (n° 2). — Cette note, très courte, est un nouveau plaidoyer de l'auteur en faveur de la conception de Kraepelin touchant la folie maniaco-dépressive.

VIII. — *Endothéliome de la base du crâne*; par le Dr Alfardo Saberni (n° 2). — Une malade de soixante-trois ans, sans antécédents héréditaires, ni personnels, est évacuée de l'hôpital à l'asile pour hystéro-épilepsie. Les crises survinrent à trente-neuf ans à la suite de chagrins et à partir de cinquante-cinq ans s'accompagnèrent de périodes d'excitation avec violences; le diagnostic porté fut celui d'épilepsie tardive avec affaiblissement intellectuel consécutif. La mort étant survenue deux mois et demi après l'entrée, l'autopsie révéla la présence d'un néoplasme de la base du crâne de nature endothéliale. La plupart des signes permettant, dans les conditions ordinaires, de faire le diagnostic de tumeur du cerveau, faisaient défaut; cependant on avait noté, en dehors des crises convulsives, de l'affaiblissement intellectuel, de la lenteur du pouls; en somme, rien de très caractéristique. L'auteur considère que cette tumeur a été la cause prochaine des phénomènes observés et que la mort doit être mise sur le compte d'un état épileptique.

IX. — *Les altérations du sang considérées spécialement dans les maladies mentales*; par le Dr Raffaële Galdi (n° 2, *suite et fin*). — De cette longue revue critique, l'auteur conclut que les résultats obtenus jusqu'à ce jour sont encore incertains et contradictoires. L'activité coagulante du sang a généralement été trouvée diminuée dans l'épilepsie; la densité est souvent augmentée dans les états démentiels et la dépression, diminuée au contraire dans les états d'excitation; le degré alcalimétrique est diminué dans l'épilepsie, dans la pellagre, dans les psychoses aiguës. Pour ce qui est des globules rouges et de l'hémoglobine, on sait qu'en général l'hypoglobulie avec abaissement de la valeur globulaire est symptomatique d'infection, intoxication, dénutrition, etc., et que l'hyperglobulie est la traduction d'un état de concentration moléculaire du sang. Aussi ces altérations ne peuvent-elles avoir qu'un rapport indirect avec les maladies mentales; on peut dire cependant qu'en général, et il en est de même pour les globules blancs, il y a diminution au commencement de la maladie puis augmentation progressive jusqu'à la terminaison, que cette terminaison se fasse par guérison ou par démence. Quant à la résistance globulaire, elle est en général inférieure à la normale, cette résistance étant le plus souvent

proportionnelle au pouvoir isolytique du sérum. On peut dire qu'il existe un rapport constant entre l'évolution du processus toxi-infectieux et les modifications de la formule hémo-leucocytaire. Si, dans les psychoses toxi-infectieuses et spécialement dans les démences précoce et paralytique, la quantité d'alexine du sang est notablement diminuée, en général, les recherches sur les sensibilisatrices, les hémolysines et les antihémolysines n'ont donné aucun résultat démonstratif. Il est curieux de noter que l'agglutination du coli-bacille a été obtenue avec du sérum de maniaques, de mélancoliques, de paralytiques; l'agglutination du bacille d'Eberth avec du sérum de psychiques aigus, enfin l'agglutination du streptocoque avec du sérum de catatoniques. Le pouvoir bactéricide du sérum, presque toujours augmenté dans l'épilepsie et dans diverses formes psychopathiques, est ordinairement diminué dans les formes dépressives; les recherches sur le pouvoir toxique du sérum ont donné des résultats divers, de même que les essais de sérothérapie spécifique, particulièrement dans la pellagre et dans l'épilepsie. On sait qu'il existe généralement un rapport entre le pouvoir tératogène et la toxicité du sérum; or, le sérum sanguin des pellagreux arrête ou fait dévier le développement embryonnaire; de même, le sérum des épileptiques, des maniaques et des lypémaniaques versant sur la chronicité. Dans les maladies mentales toxi-infectieuses, l'examen bactériologique du sang a donné parfois des résultats positifs; mais les microorganismes trouvés se comportent toujours comme des saprophytes. Enfin le pouvoir catalytique du sang est souvent notablement diminué.

X. — *Morphino-cocaïnisme*; par le professeur Guglielmo Mondio (n° 2). — L'auteur rapporte l'observation d'un pharmacien de quarante ans qui, à vingt et un ans, commença d'avoir recours aux injections de morphine à l'occasion d'une cystite gonococcique. Cinq ans après, la dose journalière était de 1 gramme; à ce moment, comme on cherchait à substituer la cocaïne à la morphine, le malade devint morphino-cocaïnomane et présenta un état hallucinatoire. On eut alors recours à la suppression brusque : un grave collapsus s'ensuivit et le malade renonça à la cure; à trente quatre ans, il prenait quotidiennement 1 gr. 50 de morphine et 0 gr. 50 de cocaïne. Conduit dans une maison de santé, on essaya la méthode de suppression demi-lente. Mais comme cette cure fut pratiquée en hiver, le patient, pour lutter contre le froid, s'adonna aux boissons

spiritueuses ; à sa sortie, atteint de catarrhe bronchique et de gastro-entérite, il reprit bientôt ses habitudes anciennes. De nouvelles cures ne donnèrent aucun résultat. Enfin, à quarante ans, comme le malade devenait de plus en plus étrange, irritable, misanthrope, que son état général était des plus mauvais, il fut conduit à l'asile. On institua la cure rapide et en quarante-quatre jours, divisés en trois périodes, on arriva à la suppression totale. Depuis cinq ans, la guérison s'est maintenue parfaite.

XI. — *Cytophagie et cytolyse dans le tissu nerveux*; par le Dr Esposito (n° 2). — Complétant dans le présent travail ses recherches précédentes sur le mécanisme d'élimination des éléments nerveux gravement malades ou morts, l'auteur montre que le processus le plus fréquent, pour ne pas dire habituel, d'élimination des neurones est la cytolyse; il n'est pas certain, en l'absence de tout fait directement positif, que ce processus histolytique soit déterminé par une sécrétion spéciale de la névroglie et éventuellement des leucocytes, ou qu'il soit produit par des modifications microchimiques autochtones de la substance des neurones. La nécrophagie est un processus qui ne se déroule jamais au sein du tissu nerveux suivant les moyens ordinaires d'élimination cellulaire et ne se manifeste que dans des conditions absolument spéciales. Il n'est pas prouvé que l'élimination systématique de l'élément nerveux soit produite par la compression déterminée par la névroglie; l'élimination des résidus par ce moyen est possible, mais rare, et s'observe dans des cas particuliers d'intense gliose. La neuronophagie, dans le sens d'aggression active de la névroglie contre l'élément nerveux, est une conception qui doit être absolument rejetée, de même qu'est injustifiée la distinction entre une neuronophagie primitive et une neuronophagie secondaire : la première n'existe pas, la deuxième n'est à proprement parler qu'une réparation cicatricielle et n'a rien à voir avec la phagocytose.

XII. — *Hématome sus-arachnoïdien chez un dégénéré alcoolique*; par le Dr S. Tomasini (n° 2). — Un alcoolique présentant de nombreuses lacunes intellectuelles et morales, entré à l'asile pour la deuxième fois, meurt au septième jour de son admission, après avoir présenté pendant quarante huit heures une hyperthermie légère et du coma. On pensa à une affection cardiaque; à l'autopsie, on rencontra un vaste hématome sus-arachnoïdien contenant environ 300 grammes de sang, accom-

pagné de la pachyméningite ordinaire aux alcooliques avec pneumonie lobaire, insuffisance mitrale et dilatation du cœur. A l'occasion de cette observation, l'auteur fait observer combien est obscure la symptomatologie des hématomes interarachnoïdiens. L'étude clinique de ces hématomes reste d'ailleurs à faire, surtout chez les aliénés.

XIII. — *Sur la sensibilité hygrique de Tambroni et sur ses troubles*; par le Dr Cesare Mannini (n° 2). — Les recherches anatomo-pathologiques et l'expérimentation auraient démontré que les troubles de la sensibilité hygrique seraient dus à une lésion de la partie antérieure, inférieure et interne du lobe sphénoïdal. Il est vrai que quelques chercheurs seraient disposés à admettre que ces phénomènes tiennent uniquement à des troubles de la sensibilité générale et devraient être mis sur le compte d'une lésion de la moelle ou des nerfs périphériques. L'auteur du présent travail, basé sur sept observations cliniques et anatomiques ou purement cliniques, estime que les troubles de la sensibilité hygrique sont des phénomènes de nature purement et exclusivement psychique et dus à une lésion psychique. La sensibilité hygrique n'est pas une sensibilité élémentaire, mais une synthèse de diverses sensibilités simples et en majeure partie tactile et thermique. La cause anatomique doit en être cherchée dans le cortex au point où se font les synthèses et que les connaissances actuelles ne permettent pas de délimiter.

XIV. — *Le délinquant fou moral devant le Code pénal actuel*; par Enrico Punzi, juge (n° 3). — Revenant sur cette question de la folie morale qui soulève de si intéressants problèmes pratiques, l'auteur fait remarquer une fois de plus que les peines actuelles n'atteignent pas le but que devrait se proposer le Code pénal. Un grand progrès avait été accompli en Italie quand on se décida à créer des asiles judiciaires où sont placés les condamnés devenus aliénés et les détenus soumis à une expertise. Mais le nombre restreint (trois) de ces établissements et le fait qu'à la fin de leur peine les condamnés sont évacués sur un asile ordinaire ont dénaturé la conception première des asiles judiciaires. La Société de médecine légale de Rome a récemment étudié le meilleur moyen de mettre à l'écart de la société les individus originairement dangereux, les individus déclarés irresponsables et ceux que la société est dans l'obligation de mettre en sûreté. L'institution qu'un tel but nécessitera aura pour tâche de rééduquer par le travail les

délinquants, mais cela nécessitera une modification profonde du système pénal.

Les fous moraux qui, en dehors de leurs impulsions et de leurs tendances criminelles, savent s'adonner au travail seraient les premiers à bénéficier de la création de ces nouveaux asiles. Mais, pour arriver à un résultat satisfaisant, il faudra renoncer à ce principe suivant lequel la peine doit être proportionnée au délit ou au crime; il faudra aussi se décider à opérer une sélection parmi les délinquants. C'est pourquoi il est plus que jamais nécessaire de faire à ce point de vue l'éducation des magistrats. Cela aura pour premier effet de faire cesser l'antagonisme regrettable qui existe entre la science et la justice, car, en se fréquentant plus, magistrats et médecins se connaîtront mieux.

XV. — *La méthode de Flechsig dans le traitement de l'épilepsie avec infection malarienne*; par le Dr Casillo Nicola (n° 3). — L'auteur a essayé chez un épileptique, fils d'alcoolique et ancien paludéen, le traitement par le bromure de potassium associé à l'opium. Il en a obtenu de bons résultats. Le fait que cette méthode ne réussit pas dans tous les cas est une raison insuffisante de la condamner. Cela est vrai d'ailleurs de toutes les méthodes qui ont été préconisées pour le traitement de l'épilepsie.

XVI. — *Contribution à l'étude du fonctionnement hépatique dans la démence précoce*; par le Dr Alberto Ziveri (n° 3). — Travail basé sur des recherches effectuées sur dix malades avec épreuves comparatives sur trois individus normaux. Bien que ces recherches aient été limitées à l'étude de la fonction hépatique, elles ont indirectement fourni des renseignements intéressants sur le métabolisme. C'est ainsi que le rapport azoturique s'est montré sept fois égal à la normale, trois fois légèrement abaissé; ceci montre que l'oxydation des albuminoïdes s'accomplit normalement et que le foie, organe préposé à la synthèse uréique, fonctionne bien. L'épreuve de la lévulosurie vient à l'appui de cette manière de voir : elle s'est montrée sept fois nulle, deux fois légère et une fois notable. Les malades chez qui le rapport azoturique se montra abaissé étaient des hébéphréniques n'ayant jamais présenté de phases catatoniques.

En résumé, on peut conclure de ces faits que dans la majorité des cas de démence précoce le foie est un organe que l'on peut considérer comme de fonctionnement normal; dans quel-

ques cas cependant on peut observer un ralentissement ou une déficience fonctionnelle mais toujours peu marqués. Ces conclusions sont en contradiction avec celles des auteurs qui veulent trouver dans la démence précoce un ralentissement des échanges; elles montrent que la théorie de l'intoxication endogène, bien que fort séduisante, n'a reçu encore aucune confirmation suffisante pour lui permettre d'être élevée à la hauteur d'une loi.

XVII. — *La véritable valeur de l'œuvre de Kraepelin*; par le Dr Albino Pastore (n° 3). — Cet article a été écrit à l'occasion du vingt-cinquième anniversaire de l'enseignement universitaire du professeur Enrico Morselli. L'auteur y montre que Kraepelin n'a fait que mettre en œuvre les méthodes diagnostiques préconisées bien avant lui par E. Morselli : la *méthode directe* dans laquelle, partant de l'observation immédiate des symptômes objectifs, on établit le diagnostic sans aucune préparation dialectique et sans discussion; la *méthode séméiologique* ou d'*élimination* qui, se basant sur l'analyse minutieuse de tous les phénomènes observés chez le malade (rationnels) ou recueillis par le médecin (objectifs), reconstitue le cadre de l'affection et le compare aux types classiques en éliminant peu à peu ceux qui s'en rapprochent le moins; la *méthode historico-génétique*, presque exclusivement basée sur l'anamnèse, c'est-à-dire sur les causes, le développement, la marche et les symptômes rationnels de la maladie; enfin, la méthode *éclectique* qui résulte de l'union des trois précédentes. Si les idées très simples de Morselli avaient été adoptées par les aliénistes, tout ce qui fait l'orgueil de l'école kraepelinienne serait resté l'apanage des glorieuses écoles de France et d'Italie.

XVIII. — *La synthèse clinique de Kraepelin examinée sous le point de vue de l'histoire de la médecine*; par le professeur del Greco (n° 3). — Kraepelin a appliqué à la clinique les fines méthodes d'observation mises en pratique par la psychologie expérimentale, au moment même où la médecine, à la suite de Pasteur, parvenait, grâce aux investigations physico-chimiques de la biologie et de la pathologie contemporaine, à pénétrer l'obscur déterminisme organique de l'individu. Grâce à quoi Kraepelin a pu distraire des psychopathies tout le groupe des psychoses toxiques et d'épuisement; mais surtout il s'est efforcé d'enfermer les syndromes vésaniques dans trois types cliniques principaux : la démence précoce, la folie maniaco-dépressive et la paranoïa. Le professeur del Greco, sans chercher à voir dans

dans cette simple note si les conceptions de Kraepelin répondent à la réalité des faits, doit avouer que, cependant, l'œuvre de l'illustre aliéniste n'est pas définitive et se modifie constamment.

XIX. — *Note médico-légale à l'occasion d'un cas d'homicide par imprudence*; par le Dr Emilio Di Mattei (n° 3). — Long travail, consacré à un cas de rage transmise par un chien, au cours duquel l'auteur discute le diagnostic de rage humaine, de rage canine et recherche jusqu'à quel point le propriétaire du chien peut être considéré comme responsable.

XX. — *Le noyau moteur du trijumeau dans le mésencéphale des oiseaux, « le ganglion ectomamillaire »*; par le Dr G. Ansalone (n° 3). — En appliquant la méthode neurofibrillaire embryonnaire de S. Ramon y Cajal chez des poussins de cinq à six jours, l'auteur a pu contrôler les recherches de P. Ramon y Cajal sur le noyau moteur du trijumeau des oiseaux et constater certaines particularités dignes d'être notées. Il faut considérer comme deux portions bien distinctes le groupe cellulaire situé latéralement au-dessous de la substance blanche profonde du toit optique et le groupe situé dans l'épaisseur de la commissure interlobaire. Non seulement ces groupes sont séparés l'un de l'autre chez les individus peu âgés, mais encore les éléments cellulaires du premier groupe sont piriformes et unipolaires et les éléments du deuxième sont ovalaires et peuvent être bi et tripolaires. Un examen comparatif entre les mammifères et les oiseaux montre que chez ces derniers le noyau moteur du trijumeau est formé de cellules en tout semblables à celles des noyaux accessoires supérieur et inférieur des mammifères et très dissemblables de celles du noyau principal. D'autre part, il ne paraît pas possible d'établir une analogie quelconque entre la portion intracommissurale du noyau moteur des oiseaux et le noyau moteur principal des mammifères.

Le ganglion ectomamillaire présente des connexions avec la racine basale du nerf optique; on y remarque à côté de grandes cellules multipolaires et bipolaires, de nombreuses cellules unipolaires. Parmi ces dernières, les unes ont la forme d'une raquette avec un gros noyau ovalaire et un réticulum endocellulaire qui s'étend dans toute la cellule; les autres n'en diffèrent que par leur forme plus ovale et leur plus grand volume.

LUCIEN LAGRIFFE.

BIBLIOGRAPHIE

Die vererbte Trunksucht mit besonderer Rüksicht auf die Dipsomanie (L'ivrognerie héréditaire avec remarques spéciales sur la dipsomanie), par le professeur J. Donath. Broch. in-8°. Extrait de l'*Oesterreichischen Arezte-Zeitung*, 1911.

Dans sa forme aiguë avec troubles fonctionnels passagers, comme dans sa forme chronique avec altération des tissus, l'alcoolisme constitue une maladie, et à ce titre, relève des lois générales de l'hérédité morbide, par conséquent implique une altération du germe (blastophtorie de Forel). On connaît les nombreuses variétés morbides auxquelles donne lieu l'hérédité dissemblable, hétérogène.

En ce qui concerne l'hérédité directe, similaire, on constate que, même après l'élimination des cas où des influences accessoires de l'alcoolisme des ascendants (exemple, milieu, mauvaise éducation, etc.) peuvent être incriminés, il reste un grand nombre de buveurs, d'alcooliques, chez lesquels l'ivrognerie n'est pas acquise mais héréditaire au sens strict, c'est-à-dire qu'elle a son origine dans le germe, dans le développement embryonnaire. « Ebrii ebrios gignunt », a dit Plutarque. Parmi les auteurs modernes, Morel a constaté que l'alcoolisme des parents donne lieu dans la première génération à l'ivrognerie, à la déchéance morale, et dans la seconde, aux troubles cérébraux, à des accès plus fréquents de delirium tremens.

Des observateurs des différents pays d'Europe signalent dans les antécédents des alcooliques l'alcoolisme des parents, dans des proportions variant de 25 à 75 p. 100.

Les remarques faites par Crothers (*British medical Journal*, 11 septembre 1909) portent sur 4.400 alcooliques et sont très suggestives au point de vue de la thèse de l'hérédité directe similaire : 70 p. 100 de ces alcooliques étaient issus de parents eux-mêmes alcooliques à divers degrés, et la morbidité du système nerveux s'est montrée chez eux, en raison directe du degré d'ivrognerie des parents. Ces malades après usage de l'alcool à

titre de médicament, montrent dans la suite une appétence exagérée pour les boissons fermentées.

D'autres, après avoir été longtemps sobres, deviennent ivrognes, au même âge et dans les mêmes conditions que les ascendants, et cela à travers trois générations (homochronisme). On voit aussi des enfants de parents abstinents, se livrer à la boisson, dans les conditions où les grands-parents étaient devenus alcooliques (atavisme). Enfin des parents buveurs, devenus abstinents, ont vu les enfants nés pendant la première période devenir ivrognes, alors que ceux de la deuxième période restaient sobres ou abstinents.

Par contre, des parents buvant de façon modérée et par ci par là seulement avec excès, ont vu leurs enfants devenir des buveurs périodiques, se montrant tantôt abstinents propagandistes zélés, tantôt adonnés aux excès alcooliques et disparaissant de la circulation pour boire en cachette.

Il y a là une diminution de la volonté avec pleine conscience, et comme une forme intermédiaire entre l'ivrognerie et la dipsomanie.

L'auteur se refuse à voir avec certains psychiatres dans la dipsomanie un symptôme d'une autre affection, telle que l'épilepsie larvée, la folie circulaire, la paralysie générale ou la démence sénile. Il estime que la dipsomanie constitue une entité morbide, à laquelle ses particularités assignent une place à part à côté de l'alcoolisme.

Il en rapporte cinq observations intéressantes, chez des sujets lourdement tarés au point de vue neuro ou psychopathique. Chez trois d'entre eux l'alcoolisme était constaté jusque chez les grands-parents; dans un autre cas il s'agissait de taboparalysie. Les accès étaient généralement précédés de malaises divers; dans l'un il a observé de l'excitation sexuelle violente; la fin des accès était marquée par de la dépression et du remords. La durée en était variable (deux à quinze jours) et alternait avec des périodes d'abstinence de une semaine à trois mois.

Apparition paroxystique de l'accès, avec impulsion irrésistible à boire des liqueurs alcooliques, alternant avec des périodes d'abstinence, et même de répugnance pour l'alcool, telle est la caractéristique de la dipsomanie. Celle-ci, dans sa forme pure, endogène, est une manifestation de la dégénérescence psychique, qu'il ne faut pas confondre avec la dipsomanie symptomatique de psychoses diverses ou de l'épilepsie.

De tous ces faits, l'auteur conclut que l'hérédité de l'alcoolisme affecte tantôt la forme dissemblable, tantôt la forme similaire. Il veut bien admettre que cela n'arrive que pour les formes graves, mais ajoute cependant, qu'il n'est pas démontré qu'une détérioration du germe ne se produit pas aussi dans les formes atténuées d'intoxication. Aussi, considérant que les limites entre l'usage modéré et l'abus sont mal déterminés, et varient avec la susceptibilité individuelle, arrive-t-il à une conclusion radicale, à savoir, qu'il vaut mieux s'abstenir complètement de boissons fermentées, et donner ainsi un bel et bon exemple d'hygiène.

Dr Adam.

Histologische Untersuchungen am Zentralnervensystem von Abkömmlingen chronisch alcoolisierter Thiere (Recherches histologiques sur le système nerveux central des descendants d'animaux soumis à l'intoxication alcoolique chronique); par le Dr Manlio Ferrari, assistant de l'Institut médico-clinique de l'Université royale de Gênes. Broch. in-8°. Extrait de la *Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie*. Volume XXVIII, 1910.

Si biologues et médecins sont d'accord pour voir dans l'alcoolisme un des principaux facteurs de dégénérescence, une des principales causes de psychopathies comme aussi d'affections organiques du système nerveux, leurs constatations manquent généralement de base anatomo-pathologique susceptible de montrer sous quelle forme s'exerce l'hérédité chez les descendants des alcooliques; si bien que des chercheurs consciencieux, comme Cramer et Heilbronner, ont pu dire qu'il n'existe pas encore d'anatomie pathologique des maladies mentales.

Au cours de recherches faites sur le système nerveux de cobayes soumis à l'intoxication lente par l'alcool, l'auteur a pu faire d'intéressantes observations au sujet de la transmission par hérédité des lésions anatomo-pathologiques de l'alcoolisme chronique.

Il a constaté un premier fait déjà signalé par Ceni, celui de la diminution de la faculté de reproduction chez les alcooliques. Sur cinq couples soumis à l'intoxication, trois restèrent stériles. Un de ces couples, sacrifié après six mois d'intoxication, donna,

à l'examen du système nerveux, un résultat négatif, tandis que les autres sujets sacrifiés ou morts après huit, dix et douze mois, présentaient diverses lésions du système nerveux.

Quant aux deux autres couples, l'un eut quatre petits après cinq mois d'intoxication alcoolique par voie buccale. Toute la famille, sacrifiée aussitôt, donna à l'examen du système nerveux un résultat négatif. Le second couple eut sept petits en deux portées, respectivement après quatorze mois et dix-sept mois d'intoxication par voie hypodermique. Un des petits succomba au dixième jour dans des crises épileptiformes, les autres périrent dans la quinzaine, sauf un, d'apparence bien portant, qui fut sacrifié.

L'histoire clinique des parents peut se résumer ainsi : amaigrissement, dermatite, plaques gangréneuses, apathie, diminution de la force musculaire et des réactions contre les excitations sensorielles. Chez la mère, parésie d'un membre inférieur, nystagmus, tremblement, contractions toniques et cloniques généralisées, mort dix-huit mois après le début de l'intoxication. Le mâle succombe deux mois plus tard, ayant présenté de l'incoordination des mouvements et finalement des convulsions.

L'examen microscopique du système nerveux révéla les lésions suivantes : chez les parents, hyperémie diffuse des méninges, épaississement des parois vasculaires, turgescence des vaisseaux, légère épendymite des ventricules, infiltration périvasculaire de lymphocytes, effacement ou refoulement excentrique des noyaux et disparition de la substance chromatique, cellules migratrices pénétrant parfois les cellules ganglionnaires, espaces lacunaires à la place de beaucoup de cellules des cornes antérieures ou postérieures. Chez les descendants, l'auteur constata les lésions suivantes : hyperémie très marquée dans la région corticale chez le sujet qui avait eu des crises épileptiformes ; chez les autres, fusion du protoplasma et des noyaux en substance homogène, disparition de la substance chromatique, contours irréguliers des cellules, cellules migratrices cherchant à pénétrer les autres, diminution et même disparition des cellules des cornes antérieures et postérieures, épaississement de la pie-mère médullaire, lymphocytose périvasculaire.

En somme, les lésions n'existaient pas chez les descendants des parents morts avant que l'intoxication n'ait pu causer chez eux des désordres anatomo-pathologiques ; chez les autres, elles étaient proportionnelles aux lésions constatées chez les

parents, par conséquent, à la durée de l'empoisonnement de ceux-ci, sans d'ailleurs présenter un caractère spécifique.

Ainsi que Nissl et Lugaro, l'auteur a constaté la plus grande vulnérabilité des cellules médullaires, notamment de celles des cornes antérieures; alors que les cellules de l'encéphale gardaient, d'une façon générale, leur intégrité histologique, et ne présentaient les lésions signalées que dans les cellules corticales,

Dr Adam.

El retrato hablado, ó descripción verbal de la fisionomia humana (Le portrait parlé, ou description verbale de la physionomie humaine); par le Dr Antonio Lecha-Marzo. Broch. in-8°, 30 p.

L'auteur fait une étude complète de cette nouvelle méthode d'identification judiciaire, qu'il définit ainsi : signalement établi par la description exacte des éléments de la figure humaine et leur annotation à l'aide d'un vocabulaire spécial. Ce procédé est, sans aucun doute, le meilleur pour reconnaître un criminel; il permet à un policier de reconnaître, dans une foule d'un millier de personnes, un individu qu'il voit pour la première fois. Les règles qui doivent guider l'enseignement du portrait parlé sont empruntées à Reiss, et décrites sous ce titre : Apprentissage et application pratique du portrait parlé. L'emploi du portrait parlé pourrait s'étendre à l'identification de personnes non criminelles : passeports, autorisation du port d'armes, permis de chasse, actes de l'état civil, carnet d'identité individuel. Ce livret, contenant le portrait parlé, une photographie naturelle de l'oreille, quelques mesures anthropométriques, les impressions digitales, etc..., serait très utile pour faire reconnaître des personnes décédées dans un incendie, un naufrage, un accident quelconque. L'auteur rappelle l'usage qui a été fait récemment du portrait parlé pour reconnaître le cadavre de l'amiral Jones.

On peut aussi faire servir cette méthode aux investigations artistiques, historiques et anthropologiques, dans lesquelles Niceforo a précisé son rôle et les indications précieuses qu'elle peut fournir. A ces applications, M. Lecha-Marzo en ajoute trois nouvelles : 1° Chez un grand nombre de dégénérés et d'aliénés, obtenir leur signalement descriptif, établir des séries, et former des fiches composées. Les aliénistes devraient

adopter le portrait parlé pour étudier avec précision la physionomie de leurs malades ; cela éviterait les interprétations particulières et permettrait des descriptions plus précises. 2° Etudier la descendance des individus tarés (syphilis, tuberculose, etc...), pour vérifier nos connaissances sur les stigmates de ces sujets, comparés à des sujets normaux. 3° Obtenir le signalement descriptif d'une même personne aux divers âges.

L'importance du portrait parlé étant bien établie, on devrait adopter pour sa rédaction une formule internationale. La comparaison de la formule chiffrée de Reiss et de celle d'Icard fait ressortir les avantages de cette dernière, qui est beaucoup plus brève, et qui pourrait être abrégée encore, si, au lieu de désigner les parties par des nombres de deux chiffres, on se servait de nombres d'un seul chiffre.

Une bonne bibliographie de la question accompagne cette intéressante étude de police judiciaire scientifique.

L. Arsimoles.

Les deux aspects d'Arthur Rimbaud; par le Dr L. Lagriffe. Broch. in-8°. Extrait du *Journal de Psychologie normale et pathologique*, numéro de novembre-décembre 1910.

Arthur Rimbaud fut véritablement un double personnage : poète de quinze à dix-neuf ans, puis, après une renonciation absolue à la littérature et une disparition légendaire, commerçant et explorateur. M. Lagriffe met en lumière le dualisme de Rimbaud et étudie son curieux problème psychologique.

Vagabond incorrigible par hérédité paternelle, mais énergique, tenace et autoritaire par legs maternel, il tend d'abord à la révolte, à l'émancipation précoce et à la vie libre, en même temps que son esprit cultivé, mais d'allures indépendantes, le pousse vers la littérature. A seize ans, fugues, vagabondage et poésie, poésie étrange, au rythme bizarre, aux images compliquées, trahissant une imagination ardente et tourmentée, ainsi que la volonté de faire et de sentir « du nouveau ». A dix-sept ans, bohème débraillé et ivrogne, mais poète au talent très personnel, il enthousiasme Verlaine et même Banville et Hugo. Après trois ans d'une vie aventureuse et souvent misérable, marquée par des productions littéraires très inégales, Rimbaud abandonne définitivement la littérature, recommence sa vie, aiguillée désormais dans une nouvelle voie, étudie les langues

étrangères, voyage à cet effet en différents pays d'Europe et en Asie. Il vit encore pendant quelques années une vie bizarre, nomade et semée d'aventures extraordinaires, puis s'en va faire du commerce en Egypte et en Abyssinie, toujours poursuivi du désir d'explorer des contrées inconnues. Il meurt à trente-sept ans, sans s'être réconcilié avec la littérature.

Ce type curieux de paranoïaque ambulant a été très heureusement étudié par M. Lagriffe, à qui nous devons déjà un certain nombre d'études de ce genre, médico-psychologiques.

ROGER DUPOUY.

Thirty-sixth annual report of the Cincinnati sanatorium (36e rapport annuel du sanatorium de Cincinnati). Broch. in-8°, Cincinnati, 1909.

Le sanatorium de Cincinnati est une maison privée pour le traitement des aliénés, où des sections spéciales existent pour les états d'obsessions, psychasthénie et pour les autres cures de désintoxication.

84 malades y étaient présents au 1er décembre 1909, à savoir : 34 hommes et 50 femmes; 108 malades y ont été admis dans l'année. Les sorties figurent au nombre de 67 guérisons, 65 améliorations, 32 états stationnaires et 9 décès.

Le pourcentage des guérisons est de 37,2 p. 100.

Cet établissement reçoit à la fois des nerveux et des mentaux, les uns sans formalité, les autres avec l'appui des pièces officielles. Cette facilité explique le peu de durée de séjour des malades puisque les 5/6 des malades guéris en 1909 n'ont fait qu'un séjour de un à trois mois. Les tuberculeux, les malades contagieux seuls ne sont pas admis.

Le personnel médical est nombreux et comprend 3 médecins et 2 docteurs pour le laboratoire.

Dr ED. CORNU.

Crichton Royal Institution Dumfries. Sixty-ninth annual report, 1908 (69e rapport annuel de l'asile royal Crichton, à Dumfries). Broch., in-8°, 1909.

L'asile comprenait 860 malades dont 392 hommes et 468 femmes au 31 décembre 1908; dans l'année, le mouvement

de la population se chiffre par 182 admissions, 119 sorties et 55 décès. Ce nombre porte la moyenne des cas d'aliénation mentale à 481 p. 100.000 pour le district de Dumfries. On compte cinq cas seulement de paralysie générale et 4 cas de folie alcoolique, chiffre particulièrement faible. Les guérisons ont été au nombre de 39,3 p. 100 par rapport à la population totale et de 43,4 p. 100 par rapport au nombre des admissions.

Cet asile doit à l'initiative de son médecin en chef, M. Easterbrook, l'organisation de la cure de plein air et de nombreuses vérandas ont été édifiées dans ce but. M. Easterbrook se déclare partisan résolu de ce mode de traitement dont il vante les bons effets.

De nombreuses distractions sont offertes aux malades et des matches de cricket ont été organisés.

Des aménagements importants sont projetés pour l'installation de vérandas, chambres ensoleillées pour le repos, agrandissement des jardins, installation de laboratoires, aménagement d'un quartier de réception, etc.

Dr Ed. Cornu.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

A. Mairet et J. Euzière. Les invalides moraux. 282 pages in-8°. Paris, Masson et Cie. 1910.

Tony d'Ulmès. Les demi-morts, roman. 1 vol. in-18 de 251 pages. Paris, Alphonse Lemaire, 1910.

Félix le Dantec. Habitude et anaphylaxie. 19 pages in-8° de la *Revue du mois*, numéro du 10 mai 1910.

Les asiles d'aliénés et les établissements de bienfaisance. Discours de MM. Camille de Bast, de Vos et Bergmann au Sénat de Belgique, lors de la discussion du budget de la justice. 79 pages in-8°. Gand, Imprimerie J. Duvivier, 1910.

Lucien Lagriffe. Les fugues et le vagabondage. 35 pages in-8°. Extrait des *Annales médico-psychologiques*, mai à août 1910.

Cesare Pianetta. Nota clinica sopra un caso di paralisi progressiva pre-giovanile. 13 pages in-8°. Extrait de la *Rivista ital. di Neuropatologia, Psichiatria ed Electroterapia*, 1910.

G. Richet et V. Delfino. Los venenos de la intelligencia. Alcoholismo. La Escuela en la lucha antialcoholica. 138 pages

in-18 de la *Biblioteca Roja*, Buenos-Aires, Maurice Hermanos é hijos, s. d.

Armand Laurent. De l'hygiène pré-scolaire au point de vue de l'arriération mentale. 41 pages in-8°. Paris, Henri Paulin et Cie, s. d.

Bemerkungen zum Vorentwurf des Strafgesetzbuchs. Herausgegeben von der Justiz-Kommission des deutschen Vereins für Psychiatrie (Prof. Mœli, A. Cramer, Aschaffenburg, Hoche, Joh-Longard, Schultze et Vocke). 97 pages in-8°. Iena, Gustav Fischer, 1910.

Thirty-first annual report of the managers of the Binghampton state hospital at Binghampton, N. Y., to the state Commission in Lunacy, for the year ending september 30, 1909, 83 pages in-8°. Albany, 1910.

Lallemant, Simon et Dupouy. Asile de Saint-Yon. Rapport médical pour l'année 1909 et Rapport à l'appui du compte administratif de l'exercice 1909. 41 pages in-4°. Rouen, Imprimerie Cagniard, 1910.

Hamel. Asile de Quatre-Mares. Rapport médical pour l'année 1909 et Rapport à l'appui du compte administratif de l'exercice 1909. 59 pages in-8°. Rouen, Imprimerie Cagniard, 1910.

Bernard Hollander. The mental symptoms of brain disease and aid to the surgical treatment of insanity, due to injury, hæmorrhage, tumours, and other circumscribed lesions of the brain. Préface du Dr Jul. Morel. 1 vol. in-12 de 237 pages, cartonné à l'anglaise. London, Rebmau Limited, 1910.

David Berry Hart. Phases of evolution and heredity. 1 vol. in-12 de 259 pages, cartonné à l'anglaise. London, Rebman Limited, 1910.

Bernardo Etchepare. Demencias catatonica y paranoïdea. 13 pages in-8°. Extrait de la *Revista medica del Uruguay*, numéro de septembre 1909.

Eugenio Bravetta. Sulle pieghe del cuoio capelluto nei malati di mente. 13 pages in-8° avec planche. Extrait du *Bollettino della Società medico-chirurgica di Pavia*, janvier 1910.

The eighty-third annual report of James Murray's royal asylum, Perth. 56 pages in-8° Perth, J. Young and Sons, 1910.

Gaetano Martini. Su alcune porticolaritá di decorso delle frenosi alcooliche in rapporto alle moderne vedute patogenetiche. 15 pages in-8°. Extrait du *Giornale di Psichiatria clinica e Tecnica manicomiale*, 1910, fasc. I-II.

— Un caso di amiotrofia professionale in una microscopista.

10 pages in-8° avec planche. Extrait du *Ramazzini. Giornale italiano di medicina sociale*, 1910, fasc. V.

Henri Damaye et Maurice Laydeker. Manie confusionnelle aiguë par métrite du col. 10 pages in-8°. Extrait de l'*Echo médical du Nord*, numéro du 20 août 1910.

Annuaire de l'Internat en médecine des asiles publics d'aliénés du département de la Seine, publié par l'Association amicale des internes et anciens internes. Année 1910. 114 pages in-18. Paris, Vigot frères.

Andrea Cristiani. Psicopatie sessuali in donne con affezioni ginecologiche. 5 pages in-8°. Extrait de la *Rivista ital. di Neuropatologia, Psichiatria ed Elettroterapia*. Vol. III. Fasc. 8.

Pennsylvania hospital. Annual report of the Department for the insane for the year ending fourth month twenty-first nineteen hundred and ten. 36 pages in-8° avec planches. Philadelphia, Penna, 1910.

Achard, Pierre Marie, Gilbert-Ballet, L. Lévi, Léri, Laignel-Lavastine. Sémiologie nerveuse. Tome XXXI du *Nouveau Traité de médecine et de thérapeutique* de Gilbert et Thoinot. 1 vol gr. in-8° de 630 pages, illustré de 129 fig. Paris, J.-B. Baillière et fils, 1911.

Lucien Lagriffe. Un délire d'interprétation dans l'histoire. Maria-Stella Chiappini, lady Newborough, baronne Sternberg (1773-1843), 43 pages in-8°. Extrait des *Annales médico-psychologiques*, juillet à octobre 1910.

Ch. Ladame. La base anatomique des psychoses. 13 pages in-8° avec planches. Extrait de la *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, mars-avril 1910.

— Une semaine de psychiatrie à Paris. 11 pages in-8°. Extrait de la *Revue médicale de la Suisse romande*, 20 septembre 1910.

A. Rémond (de Metz) et Paul Voivenel. Introduction à la Psychologie pathologique. 20 pages in-8°. Extrait de la *Revue des Idées*, numéro du 15 juillet 1910.

— Essai sur la valeur de la conception kraepelinienne de la manie et de la mélancolie. Enquête et critique. 63 pages in-8°. Extrait des *Annales médico-psychologiques*, numéros de novembre 1910 et janvier 1911.

Albert et Alexandre Mary. Evolution et transformisme. IVe partie : Les organismes primordiaux, leur origine, leur constitution, leur génération. 95 pages in-8° avec planches. Paris, Jules Rousset, 1911.

Association mutuelle des médecins aliénistes de France. Assemblée générale du 25 avril 1910. 8 pages in-8°. Paris, L. Maretheux, imprimeur, 1910.

Roger Vittoz. Traitement des psychonévroses par la rééducation du contrôle cérébral. 132 pages in-16. Paris, J.-B. Baillière et fils, 1911.

Andrea Cristiani. Un caso di pseudologia fantastica in una bambina mentalmente deficiente. 4 pages in-8°. S. l. u. d.

Frigerio. Relazione annuale sull' andamento del manicomio, 1909-1910. 22 pages in-4°. Alessandria, Tip. G. Jacquemod figli, 1910.

A. Lacassagne et L.-H. Thoinot. Le Vade-mecum du médecin-expert. Guide médical ou aide-mémoire de l'expert, du juge d'instruction, de l'avocat, des officiers de police judiciaire. 3e édition revue et augmentée. 1 vol. in-12 (relié peau) de XII-265 pages. Paris, Masson et Cie, 1911.

N. Vaschide et Raymond Meunier. La Psychologie de l'attention. 1 vol. in-16 de la *Collection de Psychologie expérimentale et de Métapsychie*. Paris, Bloud et Cie, 1910.

Rouby (d'Alger). La vérité sur Lourdes. 1 vol. in-8° de 320 pages. Paris, Emile Nourry, 1910.

Fifty-second annual report of the general Board of Commissionners in Lunacy for Scotland. 1 vol. in-8° de LXXVII-176 pages. Edinburgh, 1910.

Die niederösterreichischen Landes-Irrenanstalten und die Fürsorge des Landes Niederösterreich für schwachsinnige Kinder. Jahresbericht über die Zeit vom 1. Juli 1907 *bis* 30 Juni 1908. 1 vol. in-8° de 459 pages. Wien 1909. Aus der K. K. Hof und Staatsdruckerei.

M. Martin Claveria. El suicido, la locura y las degeneraciones. 11 pages in-8°. Extrait du *Protocolo Medico-Forense*, juin 1910.

Levi Bianchini. Sulla teoria della dioschesi (di V. Monakow). Contributo allo studio delle localizzazioni cerebrali. 12 pages in-8° avec planche. Extrait de *Il Manicomio*, 1910.

— Le epilessie mestruali. Ricerche sull' influenza della mestruazione sugli accessi epilettici e proposta dell' ovariotomia come cura radicale. 16 pages in-8°. Extrait de *Il Manicomio*, 1910.

Remond (de Metz). Etude pour servir à la réforme de la loi de 1838, 51 pages in-8°. Extrait des *Archives d'Anthropologie criminells et de Médecine légale*, 1910.

J. H. Schuurmans Stekhoven. Voorloopig algemeen overzicht der beweging in de nederlandsche Krankzinnigengestichten over het jaar 1909. 11 pages in-8°. Extrait de *Psychiatrische en neurologische Bladen*, 1910, n° 5.

Société genevoise de patronage des aliénés. Cinquième assemblée générale du vendredi 15 avril 1910, à l'Athénée. 57 pages in-8°. Genève, Imprimerie Albert Kündig, 1910.

Joseph Reinach. Proposition de loi sur la limitation du nombre et sur la réglementation des débits de boissons. 1 vol. in-folio de 566 pages. Paris, Imprimerie de la Chambre des députés, 1910.

Bravo y Moreno. Traumatismo é infeccion. Aprentes de medicina legal. 4 pages in-8°. Extrait de *Protocolo medico-Forense*, octobre 1910.

François Naville. Contribution à l'étude de l'aliénation mentale dans l'armée suisse et dans les armées étrangères. Etude clinique, statistique et de prophylaxie. 184 pages in-8°. Genève, Librairie Kündig, 1910.

Samuel Garnier. Observation médico-légale d'une cambrioleuse professionnelle entachée d'hystérie convulsive. Responsabilité. Condamnation. 21 pages in-8°. Dijon, Imprimerie Eugène Jacquot, 1910.

Biaute. Rapport sur le service médical du quartier d'aliénés de l'Hospice général de Nantes pendant l'année 1909. 25 pages in-3°. Nantes, Imprimerie C. Mellinet, 1910.

J. Donath. Zur Bakteriologie der Chorea Sydenhami. 17 pages in-8°. Extrait de la *Zeitschrift für die gesammte Neurologie und Psychiatrie*, 1910.

— Sensibel-sensorische Hemiplegie mit Paralysis agitans-artigem Tremor. 4 pages in-8°. Extrait de la *Medizinische Klinik*, 1910.

L. Vernon Briggs. The care of cases of acute insanity. Should delirium tremens be classed with the insane. 12 pages in-8°. Extrait de *New england medical monthly*, août 1910.

F. L. Wells. Contribution to the litterature of fatigue. 5 pages in-8°. Extrait du *Psychological bulletin*, novembre 1910.

M. Baccelli. La sero-diagnosi di Wassermann nella paralisi progressiva e nelle sindromi paralitiformi. 30 pages in-8°. Extrait de la *Rivista sperimentale di freniatria*, 1910.

— Sul valore di alcuni metodi di precipitazione nella sierodiagnosi della sifilide e delle affezioni metasifilitiche in confronto con la prova di Wassermann. 10 pages in-8°. Extrait de la *Rivista ital. di Neuropatologia, Psichiatria ed Elettroterapia*. Vol. III, fasc. II.

M. Belletrud et Paul Froissard. Conseils aux infirmiers. 1 vol. in-12 cart. de 333 pages. Paris, Vigot frères, 1910.

Jean Louis Faure. L'Epopée de Bicêtre. 36 pages in-32. Paris, aux Bureaux du *Rictus*, 1910.

Anales de Psicologia. Trabajos del ano 1909. 1 vol. in-8° de 355 pages. Buenos-Aires, A. Etchepareborda, 1910.

ASSOCIATION MUTUELLE

DES

MÉDECINS ALIÉNISTES DE FRANCE

Assemblée générale du 24 avril 1911.

Présidence de M. SEMELAIGNE, Vice-Président.

L'assemblée s'est tenue à 3 heures du soir, rue de Seine, 12.

Se sont fait excuser : MM. Cullerre, président; Aubry, Belletrud, Bussard, Damoye, Dubourdieu, Gilson, Lachaux, Lagriffe, Loup et Meilhon.

Lecture est donnée du procès-verbal de la dernière assemblée générale, qui est adopté.

M. le Président donne la parole à M. Rayneau pour la lecture du rapport annuel :

Messieurs,

Votre Conseil ayant bien voulu me confier la fonction de secrétaire, je viens, à ce titre, vous présenter le quarante-cinquième rapport annuel.

Depuis notre dernière assemblée générale, nous avons perdu deux des nôtres : un membre fondateur, le Dr Giraud, et un membre sociétaire, le Dr Hospital.

Albert Giraud, décédé le 23 mai 1910, n'avait que soixante-deux ans. Il a succombé à une longue et douloureuse maladie, qui l'avait frappé en pleine santé, un an auparavant. Ses obsèques ont eu lieu à Rouen, au milieu d'une nombreuse assistance. Suivant sa volonté, aucun discours ne fut prononcé sur sa tombe. Le Dr Cerné, professeur à l'Ecole de médecine de Rouen, qui lui avait prodigué ses soins, avait seul été autorisé à dire quelques mots d'adieu. Le Dr Lallemant a retracé, dans les *Annales médico-psychologiques*, la brillante carrière médicale et administrative de notre confrère, rappelant notamment, entre autres titres, qu'il avait été chargé d'organiser le premier Congrès de médecine mentale, et que c'est grâce à ses

talents d'organisatenr que cette institntion a pu être fondée d'une manière durable.

En 1905, le suffrage unanime de ses collègues le désigna ponr présider le Congrès de Rennes; ce fut nne des plus grandes satisfactions de sa vie. Mais ce qui distinguait surtout notre éminent confrère, c'était sa profonde sensibilité et son inépuisable bonté. Préoccupé par le sort qui attendait les malades à leur sortie de l'asile, il prit l'initiative de fonder, dans la Seine-Inférienre, une société de patronage pour venir en aide aux malades nécessiteux, et c'est grâce à ses efforts que cette société est aujourd'hui en pleine prospérité.

Dès son entrée dans la carrière, en 1874, il se faisait inscrire comme membre sociétaire de notre Association, et, en 1884, il échangeait ce titre pour celui de membre fondateur. En 1908, il était élu trésorier en remplacement du regretté Dr Métivier, et il a montré dans ces fonctions tout le zèle dont il était capable. Ce n'est que lorsqu'il a été terrassé par la maladie qu'il a résigné ses fonctions.

Aussi, peut-on dire que Giraud n'a laissé que des amis. C'était une nature d'élite et un grand cœur; nous ressentirons longtemps le vide qu'il laisse parmi nous.

Pierre-Félix Hospital, décédé le 19 décembre 1910, était né, le 17 mai 1836, à Clermont-Ferrand; son père avait été pendant trente ans médecin en chef de l'établissement d'aliénés de Sainte-Marie, et quand il prit sa retraite, en 1869, il lui succéda; c'est à cette époque qu'il entra dans notre Association. Pendant trente-cinq ans, toute son activité et tout son zèle furent consacrés aux aliénés confiés à ses soins, et quand il se retira, en 1904, il emporta les regrets unanimes de ses malades et de son personnel. Pendant près de quarante ans, il a collaboré aux *Annales médico-psychologiques*, et le plus grand nombre des articles qu'il a publiés se font remarquer par l'originalité de la forme et du fond. Il était encore très apprécié comme médecin légiste et, pendant plus de trente ans qu'il fit des expertises de médecine légale, il remplit ces fonctions si délicates avec une conscience scrupuleuse et un sens clinique tout à fait remarquables: les quelques rapports qu'il a publiés en sont la meilleure preuve.

L'année dernière, à pareille époque, notre Association comprenait :

Membres à vie	2
Membres fondateurs	41
Membres sociétaires	153
Total	196

Elle compte aujourd'hui :

Membres à vie	2
Membres fondateurs	40
Membres sociétaires	167
Total	209

Les nouveaux sociétaires sont : MM. les Drs Bour, Burle, Henri et Georges Carrier, Charpenel, Clément, Condomine, Dalmas, Fillassier, Lafaye, Laignel-Lavastine, Loup, Mignard, Pezet, Trepsat et Vénassier. Vous serez heureux, j'en suis sûr, de souhaiter la bienvenue à ces nouveaux adhérents.

Les asiles souscripteurs sont actuellement au nombre de trente-trois, avec les souscriptions suivantes :

Aix (Bouches-du-Rhône)	50 fr.
Alençon (Orne)	50
Auch (Gers)	100
Auxerre (Yonne)	100
Bailleul (Nord)	100
Bassens (Savoie)	100
Blois (Loir-et-Cher)	100
Bonneval (Eure-et-Loir)	100
Bordeaux (Gironde)	100
Bron (Rhône)	100
Châlons (Marne)	100
Clermont (Oise)	100
Dijon (Côte-d'Or)	100
Dôle (Jura)	100
Dury-lès-Amiens (Somme)	100
Evreux (Eure)	100
La Roche-Gandon (Mayenne)	100
Lesvellec (Morbihan)	100
Maréville (Meurthe-et-Moselle)	100
Marseille (Bouches-du-Rhône)	50
Pau (Basses-Pyrénées)	100
Prémontré (Aisne)	100
Quatre-Mares (Seine-Inférieure)	100
Quimper (Finistère)	100
Rennes (Ille-et-Vilaine)	100
Saint-Alban (Lozère)	25
Saint-Dizier (Haute-Marne)	100
Saint-Lizier (Ariège)	50
Saint-Robert (Isère)	100
Saint-Venant (Pas-de-Calais)	100
Saint-Yon (Seine-Inférieure)	100

Sainte-Catherine (Allier)	25
Toulouse (Haute-Garonne)	100

Vous avez maintenant à connaître notre situation financière. Vous me permettrez de céder la parole à M. le Dr Doutrebente, qui a bien voulu se charger de l'examen des comptes, et à notre trésorier, M. le Dr Dupain.

M. Doutrebente déclare qu'il a eu sous les yeux les comptes du trésorier, et qu'ils lui ont paru fort bien tenus et d'une facile vérification. Les dépenses, toutes justifiées par des prévisions budgétaires et des autorisations de l'Assemblée générale, sont accompagnées de pièces justificatives. Il y a donc lieu de les approuver et de féliciter notre trésorier du travail ingrat qu'il s'impose pour notre Société. (*Adopté.*)

M. Dupain. Voici, Messieurs, quel est le bilan de notre Association :

Les recettes de l'année 1910 comprennent :

Le solde créditeur au compte courant du Crédit foncier au 31 décembre 1909 . . . . . Fr.	8.900	57
Les deniers dans la caisse du trésorier au 31 décembre 1909	155	47
Les cotisations recueillies durant l'année 1910.	2.566	»
Les souscriptions d'asiles	2.949	30
La subvention ministérielle.	1.100	»
Les intérêts des valeurs en portefeuille déposées au Crédit foncier.	5.773	32
Les intérêts des fonds en compte courant au Crédit foncier	34	10
Total des recettes.	21.478	76

Les dépenses de l'année 1910 comprennent :

Les secours distribués	8.800	»
Frais d'administration (Secrétariat et Trésorerie).	155	15
Frais de garde des valeurs déposées au Crédit foncier.	17	90
Achat de 7 obligations Chemin de fer du Midi (anciennes).	3.031	80
Achat de 119 francs de Rente 3 p. 100. . . .	3.893	60
Total des dépenses	15.898	45

En résumé :

Recettes.	21.478	76
Dépenses	15.898	45
Excédent des recettes sur les dépenses constituant l'actif de l'Association au 31 décembre 1910.	5.580	31

Cet actif est représenté :

1° Par le solde créditeur en compte courant au Crédit foncier de 5.114 69

2° Par le solde en deniers dans la caisse du trésorier 465 62

Total égal. 5.580 31

Le capital, placé conformément aux statuts et augmenté de dons et legs, se décompose ainsi :

4.000 francs de Rente 3 p. 100 sur l'Etat français.
50 obligations du Chemin de fer du Midi.
12 obligations du Chemin de fer de l'Est-Algérien.
16 obligations 3 p. 100 P.-L.-M. (anciennes).
20 obligations 3 p. 100 P.-L.-M. (fusion ancienne).
30 obligations 3 p. 100 (fusion nouvelle).

Les prévisions du budget des recettes pour l'exercice 1911 sont les suivantes :

Cotisations.	2.600	»		
Souscriptions d'asiles.	2.950	»		
Subvention ministérielle	1.000	»		
Intérêts des valeurs en portefeuille	5.800	»		
Intérêts des fonds en compte courant au Crédit foncier	30	»		
Total des prévisions budgétaires	12.380	»	12.380	»

En ajoutant à cette somme :

Le solde créditeur en compte courant au Crédit foncier au 31 décembre 1910	5.114	69		
L'encaisse en deniers au 31 décembre 1910	465	62		
Soit.	5.580	31	5.580	31
On obtient un total de			17.960	31

Les prévisions du budget des dépenses pour l'exercice 1911 ont les suivantes :

Frais d'administration	400	»
Secours à distribuer	8.800	»
Frais de garde et de commission au Crédit foncier.	20	»
Soit.	9.220	»

En résumé :

Prévisions des recettes	17.960 31
Prévisions des dépenses	9.220 »
Excédent de recettes.	8.740 31

M. Rayneau. — Vous venez de voir, Messieurs, l'état de nos finances, si bien gérées par notre dévoué trésorier, le Dr Dupain. Nous vous proposons, comme tous les ans, d'accorder le secours habituel de 200 francs à la veuve d'un ancien interne à laquelle notre Société est venue en aide sur la recommandation du Dr Baillarger; mais il demeure entendu que ce n'est là qu'une exception, car la règle absolue est que seuls les membres de l'Association et leurs familles peuvent être secourus.

Aussi comptons-nous fermement que vous nous aiderez de tout votre pouvoir pour nous amener ceux de nos confrères qui ne sont point encore entrés dans notre Association et pour obtenir l'adhésion des nombreux asiles qui ne figurent point dans la liste de nos souscripteurs.

Dans sa séance du 30 janvier 1911, le Conseil a décidé que désormais les secours accordés seront versés en deux parties égales en février et juillet.

Par testament déposé en l'étude de Me Sylvain, notaire à Lyon, Mme Marie-Claire Berger, veuve de M. Etienne Jourmond, rentière, décédée à Lyon le 18 mai 1910, a légué à notre Association une somme de 15.000 francs nette de tous droits. Mme Jourmond était la fille du Dr Berger, médecin en chef de l'asile de Bourg, décédé le 4 mai 1874, membre sociétaire de notre mutuelle. De 1874 jusqu'à 1902, c'est-à-dire pendant vingt-huit ans, Mme veuve Berger, mère de notre donatrice, reçut des secours annuels dont le montant s'est élevé à 12.350 francs. Mme Jourmond, en nous faisant son legs, a tenu ainsi à témoigner à notre Association toute sa gratitude pour les secours accordés à sa mère. Aussi garderons-nous un souvenir ému de notre bienfaitrice.

Les formalités pour entrer en possession de ce legs sont fort compliquées, et malgré toute la diligence du bureau, nous n'avons pas encore touché les fonds. Nous demandons à l'Assemblée de donner pleins pouvoirs au trésorier pour toucher le capital et le placer conformément aux statuts. (*Adopté.*)

A la date du 30 janvier 1911, le Président de notre Société a reçu de MM. Vallon, René Charon et Antheaume une lettre ainsi conçue :

Monsieur le Président,

L'article 10 des statuts de l'Association mutuelle est ainsi rédigé :

« Art. 10. — Le Conseil élu en Assemblée générale, par bulletin de liste, au scrutin secret et à la majorité des membres *présents*, est nommé pour trois ans et se renouvelle chaque année par tiers... »

Au nom d'un grand nombre de nos collègues et en notre nom personnel, nous demandons que ce texte soit modifi comme suit :

« Art. 10. — Le Conseil élu en Assemblée générale par bulletin de liste, au scrutin secret et à la majorité des membres *votants*, est nommé pour trois ans et se renouvelle chaque année par tiers... »

Le vote par correspondance est admis.

M. le Dr Charon a également demandé la modification des articles 3, 6 et 20 de nos statuts et des articles 10 et 11 du Règlement d'administration intérieure.

Ces articles seraient rédigés ainsi qu'il suit :

Art. 3. — L'association se compose :

De fondateurs ;
De sociétaires ;
De fondateurs perpétuels ;
De sociétaires perpétuels ;
Et de membres honoraires.

Art. 6. — Tout fondateur perpétuel doit verser au profit de l'Association une somme de 500 francs au minimum, et tout sociétaire perpétuel une somme de 250 francs au minimum.

Art. 20. — Chaque année, au mois d'avril, tous les membres de l'œuvre sont convoqués en Assemblée générale; les dignitaires du Conseil d'administration forment le bureau.

Le Secrétaire présente l'exposé de la situation morale et le trésorier le compte de l'exercice clos et le budget de l'exercice suivant.

Art. 10 du Règlement d'administration intérieure.

Le Trésorier inscrit régulièrement les recettes et les dépenses sur un livre de caisse coté et paraphé par le Président.

Il acquitte les dettes de l'Association sur des mémoires visés par le Président et garde par devers lui tous les reçus et quittances des paiements qu'il a effectués ; il est autorisé à requérir le remboursement de toutes les obligations qui pourraient sortir aux différents tirages.

Il opère le placement et le déplacement des fonds sur un ordre signé du Président indiquant la somme à placer.

Il est responsable des titres et fonds de la Société.

Art. 11. — Le Conseil se réunit chaque trimestre sur convocation de son Président, 12, rue de Seine.

Le Conseil s'est rallié à ces projets de modification et a

décidé de les soumettre à notre approbation en vertu de l'art. 16 du Règlement intérieur.

M. le Président met aux voix ces diverses modifications, qui sont adoptées.

Adoptée également la proposition d'accorder le secours habituel de 200 francs à la veuve d'un ancien interne.

Il est ensuite procédé au renouvellement des membres du Conseil en remplacement de MM. Arnaud, Dupain, Magnan et Rayneau, membres sortants et rééligibles; de MM. Legras, Ritti et Vigouroux, démissionnaires, et de M. Giraud, décédé.

Sont élus : MM. Arnaud, Chaslin, Dromard, Dupain, Magnan, Marchand, Rayneau et Sérieux.

Le Conseil se trouve ainsi composé :

MM. Cullerre, Dromard, Marchand, Semelaigne et Sérieux, dont les pouvoirs expireront en 1912;

MM. Antheaume, Charon, Dupré, Lallemant et Vallon, dont les pouvoirs expireront en 1913;

MM. Arnaud, Chaslin, Dupain, Magnan et Rayneau, dont les pouvoirs expireront en 1914.

La séance est levée à 4 heures.

A la suite de l'Assemblée générale, le Conseil se réunit conformément à l'article 11 des statuts pour désigner les membres du bureau.

Président : M. Cullerre.
Vice-Président : M. René Semelaigne.
Secrétaire : M. Rayneau.
Trésorier : M. Dupain.

LISTE DES MEMBRES

Membres à vie : 2.

M. Chaslin. M. Doutrebente.

Membres fondateurs : 40.

MM.	MM.	MM.
Antheaume.	Briand.	Cullerre (Jules).
Arnaud.	Brunet.	Dagonet.
Babinski.	Charon.	Dheur.
Ballet (G.).	Chaussinand.	Duhamel.
Biaute.	Conso.	Dupain.
Boudrie.	Cortyl (Germain).	Dupré.

MM.
Faucher.
Gallopain.
Girma.
Homery.
Lalanne (Y.).
Lallemant.
Legras.
Mabille.

MM.
Magnan.
Meuriot.
Nolé.
Parant.
Péon.
Pétrucci.
Pierret.

MM.
Rayneau.
Régis.
Ritti.
Semelaigne (René).
Vallon.
Vigouroux.
Voisin (Jules).

Membres sociétaires : 167.

MM.
Adam (Aloïse).
Ameline.
Anglade.
Archambault (Paul)
Arsimoles.
Aubry.
Audy.
Barbé.
Baruk.
Bécue.
Bellat.
Belletrud.
Benon.
Bertoye.
Bessière.
Boissier.
Boiteux.
Bonnet.
Boubila.
Bour.
Bourdin.
Briche.
Broquère.
Brunet.
Burle.
Bussard.
Buvat.
Calmettes.
Camus (Paul).
Capgras.
Carrier (G.).
Carrier (H.).
Castin.

MM.
Chardon.
Charpenel.
Charpentier (René).
Charuel.
Chaumier.
Chevalier-Lavaure.
Chèze,
Chocreaux.
Clément.
Clérambault (de).
Colin.
Condomine.
Corcket.
Cornu.
Cossa.
Coulonjou.
Courbon.
Croustel.
Daday.
Dalmas.
Damaye.
Danjean.
Delmas.
Deny.
Dericq.
Deswarte.
Devay.
Dodero.
Dromard.
Dubois.
Dubourdieu.
Dubuisson (M.).
Ducos.

MM.
Dumaz.
Dupouy.
Fenayrou.
Fillassier.
Garnier (Samuel).
Gilson.
Gimbal.
Giret.
Guiraud.
Guyot (Aug.).
Halberstadt.
Hamel.
Hugonin.
Jacquin.
Journiac.
Juquelier.
Kahn (Pierre).
Lachaux.
Lafaye.
Lagriffe.
Laignel-Lavastine.
Lalanne (A.).
Larrivé.
Latapie.
Latreille.
Legrain.
Lépine (Jean).
Leroy.
Levassort.
Levet.
Loup.
Lwoff.
Maillard.

MM.
Mairet.
Malfilâtre.
Marchand.
Marie.
Martinenq.
Maupaté.
Meilhon.
Mercier.
Mézie.
Mignard.
Mignot.
Monestier.
Nageotte.
Nicoulau.
Nouët.
Olivier.
Ollivier.
Pactet.
Pain.
Papillon.
Paris.
Pélissier.
Perrens.

MM.
Pezet.
Picard.
Pichenot.
Picqué.
Pilleyre.
Planat.
Pochon.
Pottier.
Privat de Fortunié.
Raffegeau.
Ramadier.
Raviart.
Riche (André).
Ricoux.
Rist.
Robert.
Rodiet.
Rogues de Fursac.
Roubinovitch.
Rougé (Calixte).
Rousset.
Santenoise.
Séglas.

MM.
Sérieux.
Simon.
Sizaret.
Slizewicz.
Sollier.
Taty.
Terrade.
Thibaud.
Thivet.
Tissot.
Toulouse.
Toy.
Trénel.
Trepsat.
Truelle.
Védie (Henri).
Vénassier.
Vernet.
Viallon.
Viel.
Vieux-Pernon.
Vignaud.
Vurpas.

VARIÉTÉS

NOMINATIONS ET PROMOTIONS

Arrêtés d'avril 1911 : M. le Dr Privat de Fortunié, médecin-adjoint de la Colonie familiale de Dun-sur-Auron (Cher), est promu à la classe exceptionnelle de son grade (4.500 francs);

MM. les Drs Dupouy, médecin-adjoint de la Maison nationale de santé, maintenu dans le cadre des médecins des asiles publics d'aliénés, et Diday, médecin-adjoint de l'asile de Privas (Ardèche), sont promus à la 1re classe de leur grade (4.000 francs);

La médaille d'argent de l'Assistance publique est décernée à Mlle Divry, infirmière du quartier des aliénés de l'Hospice de Tours (Indre-et-Loire).

— *Arrêtés de mai* 1911 : M. Cuvelier, directeur de l'asile d'Armentières (Nord), est promu à la 1re classe de son grade (8.000 francs);

M. le Dr Chèze, médecin-adjoint de l'asile d'Armentières, est promu à la 2e classe de son grade (3.500 francs);

M. le Dr Croustel, directeur-médecin de l'asile de Lesvellec (Morbihan), est promu à la 2e classe de son grade (7.000 francs);

M. le Dr Cornu, médecin-adjoint de l'asile de Marseille, est promu à la classe exceptionnelle de son grade (4.500 fr.);

M. le Dr Benon, déclaré admissible au concours d'adjuvat (mars 1906), est nommé médecin-adjoint du quartier d'aliénés de l'Hospice de Nantes;

M. le Dr Latapie, médecin-adjoint du quartier d'aliénés de l'Hospice de Nantes, est nommé en la même qualité à l'asile de Saint-Yon (Seine-Inférieure).

Ont obtenu la médaille d'argent de l'Assistance publique : Mmes Béraud, religieuse-infirmière, et Lanqueteau, infirmière de l'asile de Lafond (Charente-Inférieure); M. Frison, surveillant en chef, et Mme Toussaint, infirmière de l'asile de Châlons (Marne).

Ont obtenu la médaille de bronze de l'Assistance publique : Mmes Caillot, sous-surveillante, et Auberger, infirmière, et M. Lanor, infirmier de l'asile de Sainte-Catherine-d'Yzeure (Allier); M. Vallet, infirmier de l'asile de la Charité (Nièvre).

NÉCROLOGIE

Dr Louis Boeteau. — Nous avons le regret d'annoncer la mort du Dr Louis Boëteau, ancien interne des asiles de la Seine, membre correspondant de la Société médico-psychologique, décédé le 15 mai dernier, dans sa cinquante et unième année.

Louis Boëteau est né au Mans le 19 avril 1861. Après de bonnes études au Lycée de cette ville, il vint à Paris pour y étudier la médecine.

Il avait été élevé dans les principes très rigides de cette vieille honnêteté provinciale qui ne transige jamais et ne connaît aucune de ces concessions si fréquentes dans la vie parisienne où l'arrivisme fleurit presque comme une vertu. Il se fit vite remarquer de ses maîtres et de ses collègues par son caractère franc et ouvert, et sa volonté tenace. Sa droiture native, la crainte de tout ce qui pouvait sentir la brigue, l'ont conduit à n'envisager qu'un but : le retour au Mans près des siens pour y exercer son art dans toute sa plénitude.

Robuste, d'une haute intelligence, il était doué d'une puissance de travail incroyable qui aurait pu lui ouvrir tous les honneurs. Successivement externe des hôpitaux, interne des asiles de la Seine, reçu premier au concours de 1889, moniteur de la clinique d'accouchement de la Faculté, préparateur à la Faculté de médecine, il abandonna le concours de l'Internat des hôpitaux de Paris, qu'il avait préparé avec ses amis P. Legrand et P. Londe, pressé par le temps et après un échec très honorable. Pendant les trois heures de l'épreuve écrite, il avait trouvé juste le temps de traiter la moitié de la question. Ses collègues d'alors se rappellent sûrement cette érudition très documentée et toujours à leur disposition.

Tour à tour stagiaire et externe de Damaschino, Boëteau fut très aimé de ce chef qui tint à le garder près de lui pendant ses derniers jours. Il avait conservé une profonde vénération pour le maître qui l'avait si bien compris et si particulièrement estimé.

C'est à cette époque qu'il prit goût à l'anatomie pathologique et à la physiologie, d'où plus tard ses travaux : Etude sur les anévrismes intracraniens. En collaboration avec le Dr Klippel (*Soc. anatomique* 1892); Troubles de la respiration dans les maladies mentales (*Société de biologie* 1892); Troubles trophiques dans les maladies mentales (*Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 1892), etc.

Externe ensuite chez Falret et chez Charcot, il emporta de la Salpêtrière un goût marqué pour les études neuropathologiques.

Arrivé premier au concours de l'Internat des asiles, après quelques semaines comme provisoire à Ville-Evrard dans le service de Marandon de Montyel, il fut interne de Bouchereau. Là encore, maître et élève surent se comprendre et s'estimer.

Presque voisins d'origine, Bouchereau étant Tourangeau, ils aimaient ardemment leur petite patrie dans la grande. Ils étaient bien tous deux de cette vigoureuse race du cœur de la vieille France toute imprégnée d'idéal et de volonté, toujours claire dans sa pensée, loyale et nette dans ses actes, sans ambition de mauvais aloi et ennemie de toute réclame tapageuse. On sait en quels termes A. Daudet a peint Bouchereau; on peut appliquer à l'élève l'éloge du maître.

Boëteau passa ses derniers mois à Paris comme interne du professeur Ball. Pour éviter toute fausse interprétation, il avait déclaré à l'avance qu'il ne serait pas candidat au clinicat. Venu quand tous s'éloignaient, il fut un des rares fidèles sans arrière-pensée, qui surent entourer le vieux maître frappé sans recours, d'une déférente et respectueuse affection, lui masquant la fuite des adulateurs des jours heureux.

Boëteau n'était étranger à aucune des spécialités de la science médicale. Travaillant pour apprendre, et non pour arriver, que de fois n'a-t-il pas déploré le manque de direction des études qui signale aux jeunes ce qu'il faut savoir et ce qui n'est qu'inutile érudition de concours.

Sans parler des études cliniques générales, il avait pratiqué toutes les spécialités : maladies infantiles, vénériennes, nerveuses, mentales, accouchements, yeux, oreilles, gorge, et fait même sous l'habile direction de Poinsot et pendant plusieurs mois, de l'art dentaire.

Spécialement, et avant de partir exercer, il avait tenu à se perfectionner dans le domaine des sciences appliquées à la médecine. Physicien, chimiste et biologiste, il avait acquis toutes les pratiques et était merveilleusement outillé pour produire. Sa carrière remplie de praticien ne lui en a guère laissé le temps. Il suffit cependant de parcourir ses publications pour comprendre ce qu'il aurait pu faire.

On trouvera dans ce Recueil, année 1892, vol. XVI, p. 274, un rapport de M. René Semelaigne, sur ses travaux, alors qu'il était étudiant, et un exposé de sa thèse sur « Les troubles psychiques dans le goitre exophtalmique ». C'est un travail excellent; résumant la question à l'époque et y apportant une importante contribution originale. D'ailleurs tous les travaux qu'il publia contenaient un exposé précis des sujets traités et une discussion scientifique semée de faits bien observés.

Adonné plus particulièrement à l'étude des maladies ner-

veuses et mentales, il était depuis cette époque, membre correspondant de la Société médico-psychologique.

Dès son arrivée au Mans, il s'était installé un cabinet très complet d'électrothérapie. Après la découverte des Rayons X, il fut un des premiers à faire de la radiographie, et il rendit les plus grands services à ses confrères de la Sarthe.

Si l'on réfléchit qu'il faisait de la clientèle courante, répondant à tout appel avec le plus complet désintéressement, qu'il était médecin du Bureau de bienfaisance, de l'assistance médicale gratuite, de la protection des enfants du premier âge, de toutes les Sociétés de Secours mutuels, dispensaires, etc., on comprend quelle énergique volonté il lui a fallu déployer pour se tenir au courant et apprendre toute la technique des rayons X qu'il possédait parfaitement.

Combien de fois vint-il à Paris entre deux consultations, parfaire ses connaissances ou acheter quelque nouvel appareil.

Ce surmenage est une des causes de sa fin prématurée. L'énergie morale qu'il déployait prouve quel était l'homme.

Il était également médecin chef du service Pinel à l'hôpital du Mans, et il tint à y remplir ses fonctions jusqu'au jour où ses forces le trahirent.

Expert près des Tribunaux, tout au service de la justice, combien il était pénétré de l'importance de cette redoutable et délicate fonction. Fin psychologue et scrupuleusement honnête, il était tout indiqué pour cette tâche qu'il prenait à cœur et remplissait à merveille.

On peut citer de lui comme un modèle du genre : « Une consultation médicale sur un cas de petit mal intellectuel », dans les *Archives médicales d'Angers* (avril 1902). Cet article ne peut être résumé, il est à lire en entier pour comprendre la netteté de vue et la haute compréhension du rôle social du médecin qui animait Boëteau.

Il fut toujours excellent camarade et excellent confrère. Sociétaire depuis 1897 de la Société de médecine du Mans, il refusa à plusieurs reprises la candidature qui lui était offerte à la présidence de cette Société. Toujours plus empressé à la peine qu'aux honneurs, il fut également secrétaire de l'Association de prévoyance et de Secours mutuels des médecins de la Sarthe.

Il y a trois ans, les premiers indices du mal qui devait l'emporter, apparurent. Radiologiste de la première heure, il était marqué parmi ceux qui ont payé de leur vie leur initiative. Amputé, opéré une seconde fois, soumis à de douloureux traitements, il ne se fit aucune illusion sur son sort. Supportant courageusement la douleur, acceptant stoïquement la mort, il s'acharna quand même au travail malgré d'horribles souffrances.

Un jour, terrassé au milieu de son service d'hôpital, il dut rentrer chez lui pour n'en plus sortir.

La Société de médecine du Mans, la Commission des hospices, le préfet, le maire et l'unanimité de ses collègues de la Sarthe, sollicitèrent pour lui la croix de la Légion d'honneur qu'il avait tant méritée. La lenteur des formalités administratives l'a privé de cette dernière satisfaction. Le 15 mai 1911, il s'est éteint dans les bras des siens.

Marié, père d'une charmante jeune fille, avec quelle attention il surveillait son éducation! La santé très délicate de Mme Boëteau l'obligeait souvent à la suppléer. Les soins éclairés, la tendresse dont il les entourait toutes deux, étaient sa grande joie, le délassement de sa vie si remplie. A l'heure suprême de la séparation, les quitter fut sûrement sa seule angoisse.

Alors que tous espéraient pour lui la croix, faible hommage de la reconnaissance publique, il en souriait; la vie ne lui avait-elle pas donné la satisfaction complète de son besoin le plus intense : se dévouer, se dévouer toujours, insoucieux de la récompense?

E. Charon.

Concours de 1911 pour l'emploi de médecin-adjoint des asiles publics d'aliénés et pour l'aptitude aux fonctions de médecin d'asile privé.

Ce concours s'est ouvert au ministère de l'Intérieur le 1er mai 1911. Vingt candidats se sont présentés. Ont été reçus dans l'ordre suivant :

1° Hamard, interne à l'asile d'Armentières (Nord);
2° Hamel, interne à l'asile de Villejuif (Seine);
3° Bourilhet, interne à l'asile de Villejuif (Seine);
4° Boidard, interne à l'asile de Blois (Loir-et-Cher);
5° Brissol, interne à l'asile de Villejuif (Seine).

En outre, le Dr Pagès a été admis comme médecin des asiles privés d'aliénés.

Création de deux chaires, l'une de psychiatrie, l'autre de neurologie, a la Faculté de médecine de Porto (Portugal).

La Faculté de médecine de Porto, en Portugal, était une des rares Facultés de médecine, ne possédant pas encore un enseignement spécial de la pathologie mentale et nerveuse. Le nouveau Gouvernement républicain portugais vient de combler heureusement cette regrettable lacune. Il vient d'y créer deux

chaires nouvelles, l'une de Psychiatrie, l'autre de Neurologie, et sur la proposition de la Faculté a appelé à la première, M. le Dr Magalhaës Lemos, et à la seconde, M. le Dr Julio de Mattos, tous deux médecins en chef de l'hôpital du Comte de Féreira, à Porto.

Il était difficile de faire un meilleur choix. Nos deux confrères, bien connus des aliénistes français, ont acquis une juste réputation de savoir et d'érudition. Cliniciens expérimentés, ils ont su, par un enseignement libre, former de nombreux élèves qui leur font honneur; ils apporteront dans leurs nouvelles fonctions des qualités rares qui, depuis longtemps les ont fait apprécier. Si nous leur adressons nos sincères félicitations, nous ne devons pas moins féliciter la Faculté qui les a désignés au choix du Gouvernement.

TRIBUNAUX

L'enlèvement du pharmacien. — La 9e chambre correctionnelle, présidée par M. Ausset, a rendu son jugement dans l'affaire Brunet, le 9 avril 1911.

M. Brunet est ce pharmacien de la rue Saint-Paul que sa femme et MM. Raymond, Guillevic et trois infirmiers avaient, ainsi qu'on l'a raconté, tenté de faire interner comme fou à Ville-Evrard, et qui, à cette occasion, avait été victime de violences.

Mme Brunet et MM. Raymond et Guillevic ont été condamnés chacun à quatre mois de prison avec sursis et 200 francs d'amende; les trois infirmiers Bergeron, Clément Gaude et Fagris ont été condamnés à quinze jours de prison chacun avec sursis.

Tous sont tenus solidairement, de verser à M. Brunet, partie civile, la somme de 2.000 francs à titre de dommages-intérêts, le directeur de la Société des infirmiers et infirmières des ambulances parisiennes étant déclaré civilement responsable.

Voici, au surplus, les passages les plus saillants du jugement de la 9e chambre :

« Attendu que le Tribunal n'a pas à apprécier si Brunet a été gardé régulièrement ou non à Ville-Evrard, pendant trente-six heures, mais si, à l'occasion et en vue de cet internement, il a été victime de violences ou voies de fait volontaires et si quelques-uns des prévenus se sont rendus complices desdites violences...

« Attendu qu'il résulte de l'instruction et des débats la preuve que le 29 mai 1910, les nommés Bergeron et Clément Gaude, infirmiers au service de la Société des infirmiers et infirmières des ambulances parisiennes, ont violemment saisi le sieur Bru-

net sur la voie publique, l'ont renversé, puis jeté dans une automobile, malgré sa résistanse acharnée et ses protestations; qu'ils l'ont ensuite conduit à Ville-Evrard où Brunet ne voulait pas aller;

« Attendu que le lendemain 30 mai, dans la soirée, Clément Gaude et Fagris, au service de la même Société, sont allés chercher Brunet à l'asile de Ville-Evrard, l'ont reconduit rue Saint-Paul et, à l'aide de violence, en le frappant à coups de pied et de poing, ont voulu le contraindre à rentrer chez lui, où il ne voulait pas rentrer;

« Attendu que le Dr Balthazard a constaté les blessures et estimé à un mois la durée de l'incapacité de travail; qu'en fait, Brunet se ressent encore aujourd'hui des violences qui ont été exercées sur la main et du coup qui lui a été porté à la jambe;

« Attendu que la dame Brunet, Raymond et Guillevic ont été les organisateurs conscients de ces violences; qu'ils savaient que depuis sa sortie de la Maison de santé d'Epinay, l'état de Brunet, constaté en novembre 1909 par les témoins qui l'attribuaient à la fatigue et au surmenage et avait donné lieu au certificat du Dr Léon Lévy, du 5 décembre suivant, était allé en s'améliorant...

« Attendu qu'aucun des faits qu'auraient constatés, depuis le 15 janvier 1910, soit sa femme, soit Guillevic, n'était de nature à motiver un nouvel internement;

« Attendu que la mauvaise foi des prévenus (Mme Brunet, Raymond et Guillevic) résulte non seulement de ce qui précède, mais aussi de ce que Raymond affectait de dire à quiconque l'interrogeait que Brunet était complètement fou et ne rentrerait plus jamais d'Epinay;

« Que la dame Brunet, dès le 10 février, voulait faire interner son mari, et cela pour toujours;

« Qu'enfin Guillevic savait si bien que Brunet n'était pas fou, qu'il l'a dit au témoin Pottier, ajoutant qu'il n'était pas internable, mais que plus tard il ferait de la paralysie générale...

« Attendu que les prévenus savaient qu'aucun fait nouveau vraiment grave et à l'appui du diagnostic du Dr Benon, ne s'était produit depuis le 25 janvier; qu'en n'en disant rien à celui-ci, ils ont suffisamment démontré leur mauvaise foi; qu'ils étaient fixés sur la valeur qu'offrait un certificat ainsi obtenu et savaient que Brunet n'était pas fou...

« Attendu que la dame Brunet, Raymond et Guillevic ont, ensemble, arrêté les mesures qui devaient leur permettre de le faire interner... »

Responsabilité du directeur d'une maison de santé au sujet de la mort survenue à une de ses pensionnaires par suite de brûlures

qu'elle s'était faites en s'approchant trop d'un feu de cheminée. — Un aimable confrère, directeur d'une maison de santé, nous communique un très long jugement, duquel nous extrayons quelques passages, qui, croyons-nous, sont intéressants pour le corps médical.

Il s'agissait d'une dame B... payant 400 francs par mois de pension dans une maison de santé.

Cette dame, revêtue d'un peignoir en pilou, s'étant trop approchée d'un feu de cheminée, s'est brûlée et est morte de ses brûlures.

Son frère a actionné le directeur de l'établissement en paiement de 75.000 francs de dommages-intérêts pour : « négligence dans le service des domestiques ; qu'il aurait voulu voir attachés jour et nuit auprès de cette dame : que ladite dame avait manifesté des idées de suicide ; que la cheminée n'avait pas de pare-étincelles, etc. ».

Le 28 février 1910, la 1re chambre du Tribunal civil de la Seine a rendu un jugement par lequel il déclare le frère « non recevable, en tous cas mal fondé en toutes ses demandes, fins et conclusions, l'en déboute et le condamne aux dépens ».

Ce jugement vient d'être *confirmé en appel.* (*Répertoire de médecine et de chirurgie*, numéro de mai 1911.)

LES ALIÉNÉS EN LIBERTÉ (*suite*).

44. *Tentative d'homicide.* — On lit dans *Le Journal* (numéro du samedi 4 mars 1911) :

Une scène tragique s'est déroulée, 104, boulevard Voltaire, dans l'appartement qu'occupe, avec sa femme et ses deux fils, un ciseleur de quarante-quatre ans, M. Albert Eskenazi. Pris subitement, hier matin, d'une crise de folie furieuse, le malheureux ouvrier s'arma d'un poignard et d'un revolver, et se ruant sur sa compagne et ses enfants terrorisés, il tenta de les tuer.

Mme Eskenazi réussit à détourner un instant l'attention du dément ; saisissant alors dans ses bras ses garçonnets, tremblants de frayeur, elle s'échappa et courut prévenir les agents.

Lorsque les gardiens pénétrèrent dans le logement, le fou était en train de briser tous ses meubles. Il fallut entamer une lutte terrible pour arriver à maîtriser le malheureux, qui quelques instants après était envoyé à l'infirmerie spéciale du Dépôt, par M. Catrou, commissaire de police du quartier de la Roquette.

45. *Tentative d'homicide.* — Les yeux hagards, une femme nommé Laisueur, demeurant rue Houdart-de-la-Motte, passait hier après-midi, vers deux heures, rue Saint-Lazare, tenant dans ses bras un tout jeune enfant. Soudain, l'étrange prome-

neuse s'arrêta, et dans une crise de folie furieuse tenta d'étouffer le pauvre petit être.

Un agent s'élança heureusement sur elle et parvint à l'empêcher de commettre son horrible attentat. (*Le Journal*, numéro du lundi 20 mars 1911.)

46. *Homicide.* — On télégraphie de Bordeaux au *Journal* (numéro du samedi 25 mars 1911) :

Un gendarme de la brigade de Villars (Dordogne), nommé Dupuydelas, manifestait depuis quelque temps un dérangement cérébral. Il faisait notamment, et sans raison, des scènes de jalousie à sa femme qui avait dû se résoudre à le quitter. Sous l'empire du délire de la persécution, hier soir, vers sept heures, au moment où le maréchal des logis Plâtre, sortait de son bureau, le gendarme Dupuydelas qui guettait sa venue lui tira à bout portant deux coups de revolver, l'un au bras droit, l'autre qui atteignit le cœur. La mort fut foudroyante.

Dupuydelas allait tourner son arme contre lui, quand un camarade, accouru au bruit des détonations, le saisit à bras-le-corps par derrière et réussit à le désarmer ; mais des camarades durent intervenir pour lui prêter main-forte, afin de maintenir le forcené qui a, enfin, été enfermé dans la chambre de sûreté, en attendant d'être remis à l'autorité militaire. Le maréchal des logis tué était âgé de trente-huit ans ; il laisse une veuve et trois enfants en bas âge.

FAITS DIVERS

Incendie d'un asile d'aliénés. — On télégraphie de Berlin au *Journal* (numéro du jeudi 27 avril 1911) :

Un incendie a éclaté dans un asile d'aliénés, à Ungbar, près Budapest. Les malades refusèrent de quitter le pavillon incendié, et on ne put les sauver qu'à grand'peine.

Exposition internationale d'hygiène sociale : Rome, septembre 1911. — Une exposition internationale d'hygiène sociale s'ouvrira à Rome, au mois de septembre prochain. Le Comité de cette Exposition a décidé qu'une de ses sections serait consacrée à la psychiatrie, à la criminologie et à la police scientifique. L'organisation de cette section a été confiée à une Commission composée des professeurs Enrico Ferri, Ottolenghi et Tamburini. Voici le programme de cette section :

Hospice des aliénés. Maisons de santé. Colonies familières. Colonies pour épileptiques. Asiles pour alcooliques. Maisons de refuge pour aliénés chroniques. Instituts médico-pédagogiques. Asiles pour arriérés. Hospices judiciaires pour aliénés.

Sociétés de patronage pour les aliénés sortis. Hospices pour pellagreuses. Dispensaires psychiatriques.

Assistance aux différentes catégories d'aliénés. Assistance familiale. Hygiène et organisation des Instituts. Travail, industrie, colonisation des aliénés. Laboratoires scientifiques. Empoisonnements et infections. Tuberculose. Défense contre les maladies infectieuses. Statistique psychiatrique et nosologique des Instituts pour les aliénés, les insuffisants, etc.

VIIe Congrès international d'Anthropologie criminelle. — Le septième Congrès international d'Anthropologie criminelle se tiendra à Cologne (Allemagne), du 9 au 10 octobre 1911. Le Comité d'organisation est composé des professeurs Aschaffenburg, de Cologne, et Sommer, de Giessen, et du Dr Kurella, de Bonn.

CONGRÈS DES ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES DE FRANCE ET DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE

(XXIe Session. — Amiens, août 1911).

Programme des travaux et excursions.

Mardi 1er août. — A 9 h. 1/2 du matin : Séance solennelle d'ouverture à l'Hôtel de Ville.

A 10 h. 1/2 : Visite du Musée de Picardie.

A 2 heures du soir : Séance à l'Hôtel de Ville. — Rapport et discussion sur la première question : *Des différentes espèces de douleurs psychopathiques* (*leur signification, leur rôle*). Rapporteur : M. le Dr Maillard, médecin-adjoint de la Salpêtrière.

A 5 heures : Visite du Vieil Amiens.

Mercredi 2 août. — A 9 heures du matin : Séance à l'Hôtel de Ville : Suite de la discussion sur la première question. — Communications diverses.

A 2 heures du soir : Séance à l'Hôtel de Ville. — Rapport et discussion sur la deuxième question : *Des tumeurs du corps pituitaire.* Rapporteur : M. le Dr Courtellemont, professeur suppléant à l'Ecole de Médecine d'Amiens.

A 5 heures : Visite de la Cathédrale d'Amiens.

Jeudi 3 août. — Excursion à Coucy-le-Château, Prémontré et Saint-Gobain. — Départ d'Amiens par chemin de fer, à 6 h. 41 du matin. — Visite des ruines de Coucy. — Déjeuner à Coucy.

Après-midi : Visite de l'Asile de Prémontré, Séance de communications. — Traversée en tramway électrique de la forêt de Saint-Gobain. — Visite des Glaceries.

Retour à Amiens à 8 h. 1/2.

Vendredi 4 août. — A 9 h. 1/2 du matin : Séance à l'Hôtel de Ville. — Rapport et discussion sur la troisième question : *De la valeur du témoignage des aliénés en justice.* Rapporteur : M. le Dr LALANNE, Médecin en chef de l'Asile de Marévile (Nancy).

A 11 heures : Assemblée générale du Congrès.

A 2 heures du soir : Visite de l'Asile de Dury. Séance de communications.

Du samedi 5 au jeudi 10 août. — Excursion à Paris-Plage, Wimereux, Boulogne, Folkestone, Londres et retour à Amiens.

PREMIÈRE PARTIE DE L'EXCURSION. — Départ d'Amiens : samedi 5, à 9 h. 20 du matin. — Visite de Paris-Plage, Etaples et les environs. — Dîner, soirée et coucher à Boulogne. — Dimanche : Déjeuner à Wimereux. — Coucher à Boulogne. — (Les congressistes qui n'auront souscrit que pour cette première partie de l'excursion pourront revenir à Amiens le dimanche soir ou le lundi matin.)

DEUXIÈME PARTIE DE L'EXCURSION. — Départ de Boulogne pour Folkestone, lundi, par le bateau de midi (traversée 1 h. 45). Arrivée à Londres à 3 h. 30. — Promenade d'orientation dans Londres, en voiture. — Mardi : dans la matinée et dans l'après-midi, continuation de la visite de la ville en voiture. — Mercredi : Visite de l'Asile et des laboratoires de Claybury. — Traversée de la forêt d'Epping. — Promenade à Hyde-Park et Regent's-Park. — Jeudi : Départ de Londres à 10 heures du matin.

Retour à Amiens vers 4 heures.

L'excursion complète, organisée par une agence de voyages, comprenant les visites de Paris-Plage, Boulogne, Wimereux, Londres, et retour à Amiens, depuis le samedi 5 jusqu'au jeudi 10 août, coûtera 175 francs par personne, tous frais compris. Les coupons de retour, valables quatorze jours, donneront la faculté de prolonger le séjour en Angleterre et de rentrer individuellement en France.

Le Rédacteur en chef-Gérant : ANT. RITTI.

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette.

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL

DE

L'ALIÉNATION MENTALE

ET DE

LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

Chronique

Le XXIe Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française. — Amiens, août 1911.

Pareil à un récent circuit d'aviation, le XXIe Congrès des aliénistes et neurologistes a connu de troublantes vicissitudes et son itinéraire a dû subir des modifications capitales. Son siège, primitivement fixé à Tunis, s'est vu déplacer et transporter à Amiens ; au lieu d'avril, il s'est tenu en août ; on a métamorphosé ses questions et, naturellement, changé ses rapporteurs. On a encore, non moins fatalement, nommé un autre secrétaire général. Seuls dans cette tourmente son président, M. G. Deny, et son vice-président, M. Mabille, sont heureusement demeurés debout. Enfin, toujours comme dans le Circuit, on a passé la Manche et fait étape à Londres.

Le départ officiel est donné le 1er août à l'Hôtel de

Ville d'Amiens. Cette séance solennelle d'ouverture était présidée par M. Antoine, maire de la ville, assisté de MM. Moullé, préfet de la Somme; Granier, président du Comité des inspecteurs généraux, délégué de M. le ministre de l'Intérieur; Rameau, président du Conseil général de la Somme, etc... Après une allocution de M. le Maire, un éloge de notre distingué président par M. Granier et d'aimables paroles du Dr Fournier, directeur de l'École de médecine d'Amiens, sur les rapports unissant les maladies mentales aux maladies générales, le Dr G. Deny prononce le discours d'usage dans lequel il traite un sujet brûlant d'actualité : *Les psycho-névroses et leur place en nosologie.*

Le groupe des névroses, jadis si vaste et compliqué, ne comprend guère plus que trois affections : la neurasthénie, l'hystérie, la psychasthénie; or, la nature de celles-ci est-elle névro- ou psychopathique? Suivant les auteurs, elles ont été et sont encore très diversement comprises; mais la substitution du terme psychonévroses à l'ancienne dénomination névroses prouve que l'on s'accorde aujourd'hui à faire jouer au psychisme un rôle primordial dans leur déterminisme. Tous, Dejerine, Raymond, Brissaud, Ballet, Babinski, Bernheim..., admettent la prépondérance de l'élément psychique dans la constitution des psychonévroses; l'origine et la nature de celles-ci sont essentiellement psychiques; les symptômes des psychonévroses, leurs signes physiques ou psychiques sont régis et conditionnés par des modifications profondes de l'appareil psychique.

Depuis Charcot, il est reconnu que l'hystérie est une psychopathie, c'est une maladie mentale. Quant aux neurasthéniques et aux psychasthéniques, ce sont, avec les cyclothymiques auxquels la plupart d'entre eux appartiennent, des déséquilibrés de la sensibilité morale à opposer aux déséquilibrés de la sensibilité physique

(neurasthéniques vrais, hypocondriaques, cénesthopathes, etc.).

Dès lors, ces malades appartiennent en propre aux psychiatres, dont il est absolument illogique de vouloir confiner l'activité entre les quatre murs d'un asile et la restreindre au traitement des seules aliénations mentales. Parmi celles-ci, il en est chez lesquelles domine au début l'atteinte de l'affectivité, suivie à plus ou moins longue échéance de celle des facultés intellectuelles proprement dites. Le passage, dans les délires systématisés secondaires, post-maniaques ou post-mélancoliques, par exemple, d'une psychose affective à une psychose purement intellectuelle est journellement observé. Devrons-nous donc isoler les deux stades d'une même affection et les attribuer chacun à une science distincte?

Les psychonévroses ne constituent, en résumé, qu'une classe particulière de psychoses, les maladies du θυμος; elles sont du ressort de la psychiatrie; elles sont justiciables de l'aliéniste au même titre que les affections du νοος.

A la fin de cette séance d'inauguration, l'on s'en fut visiter le musée de Picardie sous l'intéressante direction de M. Pierre Dubois.

A 2 h. 1/2, installation du Bureau. M. Klippel, notre ancien président, invite M. Deny à exercer ses nouvelles fonctions. On nomme présidents d'honneur MM. Granier, Moullé, Rameau et Antoine; secrétaires des séances, MM. Tissot, Courbon, Haury et Daday. Puis la parole passe à notre excellent ami le Dr G. Maillard, médecin adjoint de la Salpêtrière, pour l'exposition de son rapport.

Des différentes espèces de douleurs psychopathiques (leur signification, leur rôle), par le Dr G. Maillard. — I. — *Considérations générales.*

Douleur physiologique et douleurs psychopathiques. Cénesthésie.— La douleur perçue est un phénomène intellectuel. En rapport avec le degré d'intelligence, la sensibilité à la douleur s'élève et se perfectionne chez l'intellectuel, alors qu'elle déchoit chez le dément et reste rudimentaire chez l'imbécile. L'attention exagère la douleur physiologique, signe révélateur d'une atteinte portée à notre corps et dont la signification est celle d'une réaction de défense.

La douleur psychopathique est symptomatique d'un état psychique anormal. Elle peut n'être déterminée par aucune lésion organique et se former tout entière dans le psychisme ; ou bien, provoquée par une irritation réelle mais minime, elle se montrera disproportionnée dans son intensité ou ses réactions apparentes avec l'occasion insignifiante qui lui aura servi de prétexte.

Tous les degrés existent dans les troubles pénibles de la sensibilité d'origine psychopathique, depuis le sentiment de simple gêne et d'agacement désagréable jusqu'à celui de la douleur la plus vive.

La douleur, pour le rapporteur, consiste essentiellement en une modification de la cénesthésie, ce mot étant pris dans son sens étymologique de sentiment commun à toutes nos sensations internes ou externes.

II. — *Etude pathogénique et clinique.*— M. Maillard range les douleurs psychopathiques en quatre groupes : douleurs hallucinatoires, pithiatiques, paranoïaques et cénesthésiques.

a) *Douleurs hallucinatoires.* — Ce sont des douleurs déterminées par des hallucinations : ce qui est pathologique ici, c'est l'hallucination et non la douleur. Les types classiques en sont fournis par les intoxiqués et les persécutés systématisés. Le diagnostic, facile le plus souvent dans les hallucinations sensorielles, peut être délicat lorsque le malade se plaint de douleurs internes. La douleur hallucinatoire se distingue en particulier des interprétations hypocondriaques par ses caractères d'objectivité et de certitude absolue, ses réactions, sa brusquerie d'apparition et de disparition et surtout par sa durée : l'hallucination vraie est toujours fugace et changeante.

b) *Douleurs pithiatiques* (ou mythomaniaques). — Ce sont les douleurs par auto-suggestion des hystériques, uniquement psychiques ou liées à une association hystéro-organique. Ce sont aussi certaines douleurs d'enfants et d'accidentés du travail. Ce sont enfin les douleurs d'habitude de Brissaud. L'attention commandée par un sentiment de crainte (crainte de souffrir) ou de désir (désir anormal d'éveiller l'intérêt ou la sympathie) préside ici la genèse de la douleur qui devient de la sorte une véritable idée fixe.

La douleur pithiatique se reconnaît en premier lieu à l'exagération et la discordance des réactions par rapport à ce qu'elles devraient être si la douleur avait uniquement la cause invoquée par le malade. Il faut ensuite tenir compte du mode d'apparition et de l'évolution du trouble, de l'insensibilité apparente du sujet aux suggestions, de l'importance réelle des lésions organiques qui peuvent exister.

c) *Douleurs paranoïaques*, déterminées essentiellement par des interprétations délirantes. Ce sont des sensations qui, normalement non douloureuses (fatigue, digestion pénible, engourdissements, fourmillements, picotements, frissons), deviennent douleur par suite d'un trouble psychique (interprétation des sensations internes, introspection somatique de Vaschide et Vurpas). La sensation, avec son caractère douloureux, est chez les délirants paranoïaques sous la dépendance de l'idée délirante. Ils croient souffrir, donc ils souffrent.

Les douleurs paranoïaques se présentent avec leurs caractères les plus typiques dans les variétés hypocondriaque, zoopathique et gravidique des délires d'interprétation. Leur diagnostic est à faire avec les douleurs d'origine hallucinatoire, surtout lorsque les malades se plaignent de sensations étranges (sensation de plomb fondu, de jets de fluides brûlants ou glacés, de décharges électriques, etc.), et avec les douleurs organiques normales quand les phénomènes douloureux se présentent avec des caractères de vraisemblance suffisante ; il faut toutefois se rappeler, dans ce dernier cas, qu'une douleur peut être psychopathique tout en ayant un point de départ organique.

d) *Douleurs cénesthopathiques*, précisées et isolées

en 1907 par Dupré et Camus : « Sensations anormales, généralement douloureuses, mais toujours pénibles et étranges, dont la durée persistante affecte et dont la nature insolite trouble et inquiète... Légères ou accusées, ces sensations présentent les notes les plus diverses. Tantôt les malades se plaignent de ne plus sentir comme auparavant, de ne plus sentir leur tête, leurs organes ou leurs membres. Ils ont comme une diminution ou une abolition de leurs sensations cénesthésiques. Tantôt ils sentent les différentes parties de leur corps modifiées dans leur densité, leur volume, leur forme ou leurs rapports. Suivant les cas, celles-ci sont allongées ou raccourcies, alourdies ou allégées, déformées ou déplacées ; la température en est modifiée, les fonctions en sont arrêtées ou perverties... »

Ces sensations, étranges et pénibles, angoissantes et indéfinissables, ne sont ni des hallucinations ni des hyperesthésies. Ce ne sont pas les sensations externes ou internes qui, chez les cénesthopathes, sont devenues douloureuses ; c'est la sensibilité cénesthésique qui est troublée par elle-même, indépendamment de toute altération des organes sensoriels (déséquilibration constitutionnelle de la cénesthésie, troubles cénesthésiques acquis par lésions artério-scléreuses).

Les douleurs cénesthopathiques donnent naissance à des réactions plus ou moins intenses, anxieuses, obsessives, hypocondriaques, délirantes, conduisent parfois le malade au suicide. Mais s'il existe des délires à base de douleurs cénesthésiques, il faut reconnaître que les troubles les plus inquiétants et les plus insolites ne font pas délirer un cerveau bien équilibré.

Le diagnostic des douleurs cénesthopathiques se fait d'une part avec les autres douleurs psychopathiques et d'autre part avec les douleurs d'affections nerveuses (névrites, tabes). Lorsque enfin les douleurs sont reconnues comme étant de nature cénesthopathique, il faut encore essayer d'en rechercher la véritable origine, ce qui ne peut se faire qu'en interprétant les rôles respectifs de la constitution originelle et des causes déterminantes.

III. — *Déductions pratiques générales. Diagnostic et traitement.* — Le diagnostic des douleurs psychopa-

thiques, envisagé séparément à propos de chaque variété (hallucinatoire, pithiatique, paranoïaque, cénesthopathique), doit, dans la pratique générale, écarter tout d'abord la simulation; cette distinction est parfois malaisée, étant donnés les rapports du pithiatisme et de la mythomanie avec la simulation intéressée (accidents du travail, par exemple). Puis il comporte la recherche de lésions organiques qui, pour les douleurs pithiatiques et paranoïaques en particulier, peuvent jouer le rôle d'une épine irritative. Et, dans ce dernier cas, l'on se trouve logiquement amené à agir directement sur cette cause organique, médicalement ou chirurgicalement.

Le traitement d'une douleur psychopathique exige donc une connaissance exacte de la part qui revient dans sa genèse au terrain psychopathique et à la lésion organique. Suivant le cas, l'on devra intervenir opératoirement ou rigoureusement s'abstenir de toute thérapeutique, psychiquement dangereuse ; l'on pourra faire une tentative chirurgicale extrêmement prudente ou bien ne chercher la guérison qu'avec les seules ressources de la psychothérapie.

Discussion. — M. Picqué expose les résultats de sa pratique personnelle de la chirurgie des aliénés et il entend rester en dehors de toute doctrine médicale. La suppression de certaines affections physiques chez l'aliéné, a-t-il remarqué, aggrave l'état délirant. A côté de ces malades, par contre, il en est dont les troubles mentaux disparaissent avec la suppression de l'affection physique.

La douleur peut se définir en pathologie la conscience spéciale d'un trouble organique périphérique. Son origine, chez l'aliéné, est centrale : le cerveau peut créer de toutes pièces la sensation d'un trouble organique. M. Picqué abandonne la classification des douleurs psychopathiques et ne conserve, pour les discuter, que les douleurs cénesthopathiques. Il étudie la raison pour laquelle la douleur des cénesthopathes peut conduire au délire et va retentir sur les zones d'association : s'il

existe des altérations préalables dans ces zones d'association, les malades deviendront des hypocondriaques ; s'il n'en existe point, si le cerveau est sain, les malades seront des anormaux de la sensibilité, mais non des délirants. Il insiste sur la difficulté du diagnostic des douleurs psychopathiques, des douleurs cénesthopathiques plus particulièrement. Enfin il pose la question de leur traitement chirurgical, c'est-à-dire des indications opératoires.

Élimination faite des affections nécessitant une intervention chirurgicale d'urgence, il faut se montrer dans les autres cas extrêmement circonspect. La douleur est-elle centrale et l'examen local entièrement négatif, il faut soigneusement s'abstenir. Il ne saurait y avoir, en effet, d'intervention réelle ; une opération simulée, d'autre part, serait inutile et même dangereuse. Si la douleur est encore d'origine cérébrale, mais qu'il existe une lésion périphérique comportant une indication opératoire facultative, M. Picqué fait les plus expresses réserves : aux indications opératoires viennent s'opposer des contre-indications d'ordre mental. A opérer systématiquement ces malades, on s'expose à ouvrir largement le champ des délires post-opératoires. Il faut contrôler les éléments de l'indication opératoire par ceux que le malade fournit au point de vue cérébral ; il faut faire un dosage de la superposition des troubles mentaux à leur cause organique, et s'il y a une disproportion évidente, l'abstention s'impose même au cas d'opération légitime.

M. Picqué s'oppose aux interventions chirurgicales chez les hystériques, lors d'associations organo-hystériques, ou du moins demande de se montrer à leur égard d'une extrême circonspection. Il salue, en terminant, l'aurore d'une chirurgie de la folie.

M. Dupré. La douleur ne me paraît pas pouvoir être

qualifiée de phénomène intellectuel ; elle n'est jamais qu'un phénomène de sensibilité. La sensibilité, il est vrai, se développe parallèlement à l'intelligence et arrive de la sorte à s'intellectualiser de plus en plus. Au terme de douleur paranoïaque je substituerais volontiers celui de douleur chez les paranoïaques. Il faut, d'autre part, s'entourer de toutes les garanties avant de dire qu'il s'agit d'une douleur psychopathique, surtout d'une douleur cénesthopathique. Il est, en effet, des cerveaux prédisposés aux interprétations délirantes et d'autres qui ne le sont pas. Or, certains malades, des cénesthopathes, sont affligés d'un déséquilibre de la sensibilité physique, mais n'y réagissent pas par un délire en raison de leur intégrité mentale et de leur non-prédisposition aux interprétations délirantes. Peut-être enfin, M. Maillard n'a-t-il pas suffisamment discuté les algies, les obsessions douloureuses, les glossodynies, le névralgisme, etc. Je regrette qu'il n'ait pas établi une différenciation entre les algies et les troubles cénesthopathiques.

A l'appui de son opinion sur les douleurs cénesthopathiques, M. Dupré rapporte avec son élève Logre un cas de *cénesthopathie avec réaction morbide de l'imagination.*

M. Roger Dupouy aborde la question des douleurs psychopathiques à un point de vue un peu différent. La douleur est essentiellement un phénomène de sensibilité ; c'est un attribut affectif qualifiant une sensation ou un sentiment. La douleur physique pouvant être considérée comme le résultat d'une dysharmonie entre l'impression déposée sur nos appareils de sensibilité et le degré de résistance sensible de ces mêmes appareils, les douleurs psychopathiques se classeront en deux grands groupes suivant que la psychopathie augmente la susceptibilité de la sensibilité (hyperesthésies psy-

chiques), ou crée par un intermédiaire quelconque une excitation anormale.

I. — La sensibilité s'aiguise et s'affine par l'entraînement ; les malades dont l'attention est accaparée par le souci hypocondriaque de leur cénesthésie arrivent à percevoir des sensations dont la ténuité échappe aux normaux et ces sensations, prenant la teinte générale du délire ou des préoccupations, sont perçues comme pénibles et douloureuses. — L'émotion, d'autre part, avive la sensibilité (douleurs émotives et anxieuses).

II. — La sensation est perçue comme émanant d'une impression exagérément puissante : ce trouble de la perception est le résultat d'une illusion (nombreuses illusions dolorifiques). A la suite des douleurs par illusion se rangent les douleurs d'hallucinations, les douleurs de représentations mentales volontaires ou automatiques (douleurs de souvenirs, douleurs par idée fixe, douleurs oniriques, etc.).

La douleur psychopathique, en résumé, peut venir compliquer une image quelconque, vraie ou fausse, suivant un mécanisme différent relevant tantôt d'une hyperesthésie psychique, tantôt d'une illusion, tantôt d'une hallucination, tantôt enfin d'une interprétation ou d'une représentation mentale.

M. André Léri. *Douleur et phénomènes psychiques.* — La douleur a été considérée à tort comme un phénomène intellectuel. L'erreur vient de ce que l'on a étudié comme un phénomène unique la sensation douloureuse et l'interprétation de cette sensation : or, l'interprétation seule est un phénomène cérébral. La preuve en est donnée par deux variétés de constatations cliniques.

1° Dans les cas de soi-disant hémianesthésie cérébrale, il n'y a pas d'hémianesthésie véritable, complète et persistante, il n'y a qu'une sorte d'agnosie sensitive : le malade a conservé la sensation douloureuse, mais il

en a perdu le pouvoir d'interprétation, il ne sait plus ni le siège de l'excitation, ni la nature de l'excitant. Par exemple, quand on le pince au niveau d'une jambe, il geint et se lamente, il se plaint de souffrir, mais il localise sa douleur en un point quelconque du corps et le plus souvent souffre sans pouvoir fixer aucune localisation; de plus, il interprète le pincement de façon très variée, comme un broiement, comme une piqûre de punaise, comme un rhumatisme, etc. Seules ces notions de nature et de localisation de la douleur sont un phénomène cérébral, elles sont seules abolies quand les voies sensitives sont interrompues dans le cerveau.

Cette distinction capitale entre la sensation et l'interprétation explique la divergence des résultats observés, par les physiologistes d'une part, par les neurologistes d'autre part : les physiologistes avaient vu qu'à la suite d'ablations de portions du cerveau chez le chien, les sensations douloureuses étaient diminuées mais non abolies ; les neurologistes avaient cru constater qu'à la suite de certaines lésions cérébrales la douleur disparaissait dans le côté opposé du corps. En réalité, la divergence vient de ce que chez les chiens on ne peut guère contrôler que les sensations elles-mêmes, alors que chez l'homme on jugeait ces sensations par leur interprétation.

2° Chez un anencéphale, nous avons pu observer des manifestations nettes de douleur (cris, agitation, etc.), qu'il n'est guère possible, vu leur intensité et leur prolongation, de considérer comme de simples mouvements réflexes : or, le cerveau n'existait pas. D'ailleurs, les sensations douloureuses étaient provoquées non seulement par l'excitation des membres, mais même par l'excitation de la face dont les nerfs sensitifs paraissaient ne communiquer avec aucun centre nerveux.

De par ces deux variétés de constatations anatomo-cliniques, il nous paraît indispensable de séparer nette-

ment à l'avenir la sensation douloureuse de son interprétation; celle-ci seule est un phénomène cérébral, et à plus forte raison un phénomène intellectuel, puisque la sensation douloureuse persiste en l'absence du cerveau et puisque, dans les lésions cérébrales, seule l'interprétation de ces sensations (notions de localisation et de nature) est entièrement abolie.

M. Rayneau insiste sur l'état d'angoisse qui caractérise les malades souffrant de douleurs psychopathiques. Il est capital de faire remarquer que ces malades sont avant tout des émotifs et qu'une sensation suffit parfois pour faire éclore ces douleurs psychopathiques.

D'autres orateurs prennent encore la parole sur cette question : MM. Binet-Sanglé, Meige, Fournier, Laignel-Lavastine, Blondel, Kahn, Dide.

Après une courte réplique de M. Maillard, M. Peugniez fait une communication des plus intéressantes sur *la suggestion par la beauté, Agnès Sorel et Charles VII*, avec projections. A côté de la suggestion qui guérit les aveugles, les contracturés et les paralytiques, il en est une autre, plus mystérieuse en apparence, qui, sans abolir la mentalité d'un sujet, s'exerce par une autorité étrangère; elle suscite à celui-ci une idée, capable d'éveiller d'autres idées associées à la première : elle finit même par déterminer des actes que, livrée à elle seule, la volonté du sujet eût été impuissante à accomplir. Telle paraît avoir été l'influence d'Agnès Sorel sur Charles VII.

C'est vers 1437 qu'il prend conscience de son rôle de roi, se lève et marche avec la confiance d'un homme qui porte un talisman. C'est aussi l'époque où la reine Yolande vient d'envoyer Agnès Sorel à la cour : jusqu'à 1444, chaque année va marquer un succès, une victoire. Agnès Sorel meurt en 1440; quatre ou cinq ans après le roi est retourné à sa vie oiseuse de débauché.

Le dauphin qui attend à la frontière le moment de s'appeler Louis XI, considère son père comme un roi fini, captif aux mains des chefs de bande.

Cette suggestion s'est exercée non pas seulement par la jeunesse et la beauté d'Agnès Sorel. Son intelligence, affinée dès l'enfance à la cour d'Isabelle de Lorraine, lui a fait appliquer à cet impuissant de la volonté qu'était Charles VII, une véritable thérapeutique raisonnée de la paresse. Elle y fut aidée par l'influence que Jeanne d'Arc avait exercée déjà, par la complicité passive de la reine Marie d'Anjou.

La période héroïque du règne cessa avec l'isolement du roi. Il manqua, dans ses dernières années, à ce monarque qui avait tant aimé le commerce des femmes, la puissante reine ou la douce créature, quelques-unes des visions de rêve ou de fées secourables qui, pendant toute une période, entourèrent sa vie, Yolande de Lorraine, Marie d'Anjou, Jeanne d'Arc, Agnès Sorel.

Cette première séance se termine vers 6 heures par la photographie des congressistes et la visite du vieil Amiens, avec M. P. Dubois comme guide.

A 9 heures, réception du Congrès *par le corps médical amiénois*, présenté par l'aimable directeur de son Ecole de médecine, M. Fournier, et son distingué professeur de clinique chirurgicale, M. Peugniez.

Mercredi 2 août. — La matinée est tout entière consacrée à des communications diverses :

M. P. E. Levy. *La fin du traitement de Weir-Mitchell. Le traitement éducateur des névroses en cure libre.* — Cette communication est vivement discutée par MM. Régis, Dupré, Arnaud et Meige, pour qui, au contraire, l'éloignement du milieu familial est capital.

M. Famenne. *Psychoses avec délire systématisé con-*

sécutives à l'infection gonococcique de l'appareil génito-urinaire. — Trois observations de délire systématisé après une blennorragie ; réactions médico-légales : l'un des malades assassine son médecin, un autre se suicide par pendaison.

La maladie infectieuse aurait, pour l'auteur, créé une prédisposition spéciale, par suite du rôle des perturbations survenues dans la sécrétion interne des glandes génitales.

Discussion. — M. Wahl. L'importance des rapports des organes génitaux avec l'aliénation mentale est évidente chez l'homme, mais en est-il de même chez la femme? Je ne le crois pas. Je ne connais pas d'hypocondrie génitale féminine comparable à celle qui s'observe si fréquemment chez l'homme. — M. Dupré. Il s'agit dans les cas de M. Famenne d'hypocondriaques à localisations génitales. Ces malades doivent rentrer dans la catégorie des hypocondriaques persécutés-persécuteurs bien décrits par Gilbert Ballet, et les rapports qui existeraient chez eux entre la toxi-infection génitale et les troubles psychiques ne sont nullement prouvés : les tendances paranoïaques des persécutés-persécuteurs n'appartiennent pas au cadre des psychoses toxiques. — M. Régis appuie ce que vient de dire M. Wahl. L'influence génitale sur les préoccupations hypocondriaques est considérable chez l'homme, extrêmement rare chez la femme. La syphilophobie, la gonococcophobie existent chez l'homme, non chez la femme. On peut distinguer trois catégories d'hypocondriaques génitaux hommes : 1° ceux qui ont la phobie d'une maladie génitale alors qu'ils ne l'ont pas ; 2° les persécutés-persécuteurs hypocondriaques de G. Ballet chez lesquels l'affection mentale se déclare souvent à l'occasion d'une malformation génitale, plus encore que d'une maladie génitale ; 3° les asthéniques génitaux.

Chez ces derniers, la maladie neurasthénique provient dans une certaine mesure de la maladie génitale, de la blennorragie plus particulièrement. Il est des cas d'asthénie qui peuvent être certainement rapportés à la blennorragie, maladie débilitante au premier chef. Ces malades constituent essentiellement la classe des hypocondriaques génitaux. — M. Rémond. L'association de troubles psychiques à une lésion génitale existe incontestablement dans la tuberculose testiculaire. On peut alors observer une véritable psychose dépressive que l'opération de la tuberculose génitale parvient à guérir. La localisation génitale de l'affection joue un grand rôle dans le développement de ces psychoses hypocondriaques, mais c'est la préoccupation morale plus que l'infection qui intervient en pareil cas : c'est ainsi qu'un maître d'armes que j'ai observé ne fit de la dépression mentale à l'occasion d'une tuberculose testiculaire qu'à partir du jour où il sut ce qu'il avait.

M. Binet-Sanglé. *Les phénomènes de circuit interrompu et de court-circuit en pathologie nerveuse et mentale.* — Discussion : M. Mendelssohn.

MM. Dupré et Logre. *Hystérie et mythomanie.* — L'hystérie est une affection éminemment psychologique, où la suggestion et la simulation jouent un rôle capital. Le propre de la suggestion hystérique est, non seulement d'apparaître comme déraisonnable et pathologique, mais avant tout, de provoquer chez le sujet la reproduction de certains symptômes et de certaines maladies. La suggestion hystérique n'est pas simplement la *suggestion pathologique*, c'est la *suggestion du pathologique*. L'hystérie, d'autre part, est un syndrome essentiellement *imaginatif*; elle relève soit de l'*imagination reproductrice* (hétéro-suggestion, imitation), soit surtout de l'*imagination créatrice* (auto-suggestion, demi-simulation) ; elle est d'essence mythopathique et

peut se définir la *mythomanie des syndromes*. On retrouve, en effet, dans la symptomatologie de l'hystérie tous les caractères classiques de la mythomanie. Cette aptitude spéciale à réaliser les syndromes peut être désignée sous le nom de *psycho-plasticité* de l'hystérique. Et, l'hystérie elle-même se caractérisant par l'existence de cette plasticité mise au service de la mythomanie, les auteurs proposent, pour dénommer l'hystérie, le terme de *mythoplastie*.

Discussion. — M. Rémond. L'imagination est surtout reproductrice, elle ne peut créer que ce qui a été introduit dans le cerveau. Le caractère dominant des constructions hystériques est d'être mensongères et simulatrices, mais ce caractère leur est depuis longtemps reconnu : Charcot avait déjà dit que l'hystérie était « la grande simulatrice ». — M. Hartenberg. Le rôle de l'imagination dans l'hystérie est considérable, mais l'hystérie n'est pas une fabrique pure et simple de symptômes. Il n'y a pas de démarcation absolue entre les troubles créés par le corps et ceux créés par l'imagination. Le mot d'hystérie ne correspond absolument à rien de clinique. Les hystériques sont des malades doués d'une imagination extrêmement vive et brillante, mise en jeu par une émotion quelconque, laquelle, par un mécanisme réflexe, provoque l'apparition de phénomènes variés, moteurs, sensitifs, intellectuels, dit hystériques. Il n'y a pas de frontière possible à la névrose hystérique ; il y a des individus qui réagissent en hystériques, tant au point de vue corporel qu'au point de vue psychique.

M. Meige. *Infantilisme mental, infantilisme moteur.* — L'infantilisme mental est la persistance, malgré les progrès de l'âge, d'un état mental qui, normalement, est celui de l'enfant. Ce qui domine chez celui-ci, c'est le défaut de mesure et d'équilibre, l'inaptitude à la

coordination des idées comme des actes. La persistance avec les années de signes qui appartiennent en propre à l'enfance témoigne d'un arrêt ou d'un retard dans le développement des fonctions régulatrices de l'écorce cérébrale ou d'une imperfection des voies nerveuses, d'association qui établissent la connexion entre l'appareil cérébral frénateur et l'appareil réflexe bulbo-médullaire.

On observe, chez les sujets atteints d'infantilisme mental, les mêmes modes de réactions motrices que chez l'enfant : instabilité des attitudes, maladresse des mouvements, troubles du tonus musculaire, perturbations des réflexes, agitation intempestive, réactions d'allure spasmodique. Tous ces troubles peuvent être désignés sous le nom d'*infantilisme moteur*. Un rapprochement enfin s'impose avec les affections nerveuses dites, elles aussi, « infantiles », telles que la maladie de Little, les encéphalopathies infantiles, les diplégies et les hémiplégies infantiles dont le substratum anatomique est constitué par des lésions déficitaires des centres corticaux ou des voies cortico-spinales.

Discussion. — M. Ley n'accepte pas le tableau de l'enfant normal tracé par M. Meige, car l'enfant est toujours en évolution. Il rappelle les travaux de Binet graduant l'intelligence de l'enfant à ses différents âges et les approuve pleinement. Il regrette qu'au point de vue de l'affectivité pareil travail n'existe pas. Il ne peut pas admettre la comparaison de l'enfant avec un pseudobulbaire, un ramolli, un ataxique, un cérébelleux... Ces désordres moteurs et psychiques signalés par M. Meige ne s'observent pas chez l'enfant sain, physiquement et psychiquement, mais seulement chez l'anormal. Alzheimer, d'autre part, a montré qu'en réalité chez les arriérés il y a surtout des lésions destructrices plutôt que des arrêts de développement. —

M. Mendelssohn. La question de l'infantilisme moteur présente un grand intérêt pour le physiologiste. J'ai étudié tout particulièrement les courbes de fatigue musculaire et les aptitudes fonctionnelles du muscle. Or, chez l'enfant de deux à trois ans et jusqu'à cinq ou six ans, on trouve toujours cette courbe de fatigue musculaire, et cependant l'enfant ne se fatigue pas. Il y a là quelque chose de paradoxal. — M. Blondel. J'ai pu constater une disproportion marquée entre la réalité et la précision des textes de M. Binet. Je ne suis pas, d'autre part, scandalisé comme M. Ley des conceptions de l'enfant exposées par M. Meige. — M. Dupré apporte à l'appui de la communication de M. Meige une observation de *débilité mentale et débilité motrice associées, avec signe de Babinski permanent* (en collaboration avec M. Collin).

Mercredi, 2 heures. — Les congressistes se rendent, mais non tous d'un même pas, à l'Hôtel de Ville pour assister à l'exposé et à la discussion du deuxième rapport (tumeurs de l'hypophyse). Quelques-uns, en effet, s'en viennent triomphalement, majestueusement, avec, sous le bras, le rapport du Dr Courtellemont ; les autres, la grande majorité, vont indécis et comme honteux, avec, en guise de rapport, un grand geste interrogatif. Et tandis que ceux-là, les trop rares élus, pénètrent délibérément dans la salle des séances, ceux-ci s'abordent et se questionnent mutuellement : Vous l'avez reçu? — Non, et vous? — Moi non plus, mais il paraît qu'il est là? — Où donc, que j'y coure? — Au secrétariat... En effet, il est là qui nous attend, sur une longue table, gainé d'une enveloppe à notre nom. Pourquoi ce mystère, symbolique à tant de points de vue? Nul, au fond, n'en a jamais rien su ; mais j'ai entendu autour de moi quelques grincheux dire qu'il est vraiment difficile

d'analyser un rapport, à plus forte raison de l'argumenter, lorsque, au lieu de vous le faire parvenir, on le laisse bien tranquillement vous attendre ; et je n'ai pas trouvé, dans mon for intérieur, que ces grincheux eussent complètement tort. Nous fûmes heureusement récompensés de notre longue attente par l'exposé, d'une magistrale clarté, que nous fit M. Courtellemont. C'est un véritable monument neurologique qu'a édifié le jeune et sympathique professeur d'Amiens, comme nos lecteurs pourront en juger par cette analyse.

Des tumeurs du corps pituitaire, par M. Courtellemont, professeur à l'Ecole d'Amiens, rapporteur. — L'histoire des tumeurs du corps pituitaire a passé par trois périodes : une première période, essentiellement anatomique, s'étend depuis le commencement du XVIIIe siècle à 1886 ; une seconde période, ou période d'acromégalie et de gigantisme, commence en 1886 pour se terminer en 1901 ; une troisième période enfin s'est ouverte en 1901, c'est celle de l'adiposité hypophysaire, de la radiothérapie et de la chirurgie hypophysaires.

Il convient, suivant nous, de distraire de la classe des tumeurs hypophysaires les tumeurs sus-hypophysaires et para-hypophysaires, qui n'infiltrent pas l'hypophyse, mais se bornent à la comprimer. Par contre, il faut y faire rentrer les hyperplasies et hypertrophies du lobe antérieur dont le volume est suffisant pour comprimer ou détruire les tissus voisins. Les tumeurs du corps pituitaire sont des tumeurs encéphaliques, et, par conséquent, sont définies par leur volume autant et plus que par leur constitution histologique.

Alors que les tumeurs secondaires offrent peu d'intérêt, les tumeurs primitives sont beaucoup plus importantes et plus fréquentes. Du volume moyen d'une cerise ou d'une noix, elles sont susceptibles d'atteindre des dimensions bien plus considérables (œuf de poule, mandarine) et de pousser des prolongements dans le cerveau, surtout dans le troisième ventricule et les ventricules latéraux.

Quand la lésion déborde la selle turcique, on lui

considère une portion intrasellaire, située dans la loge osseuse, et une portion extrasellaire qui la déborde par en haut. Ces tumeurs sont assez fréquemment kystiques ; le liquide contenu a souvent une couleur chocolat, indice d'hémorragies anciennes.

D'ordinaire, pas de noyaux aberrants, pas de métastases, pas d'envahissement des vaisseaux ; la tumeur adhère peu, mais elle comprime les tissus mous (particulièrement bandelettes optiques, chiasma et nerfs optiques) et elle use le squelette : d'où agrandissement de la selle turcique, avec élargissement de l'orifice supérieur (type 3 d'Erdheim), selle en bénitier ou sans modification de cet orifice (type 1 d'Erdheim).

La constitution histologique et la classification de ces tumeurs est un des points les plus obscurs de leur histoire. On peut considérer : des tumeurs épithéliales, de beaucoup les plus fréquentes, des tumeurs non épithéliales, des tumeurs spécifiques.

Les tumeurs épithéliales se rapportent à deux types : les *épithéliomas pavimenteux* et les *tumeurs glandulaires*.

Les premiers (Hypophysenganggeschwülste d'Erdheim) sont constitués par des îlots de cellules pavimenteuses, à type malpighien, qui prennent souvent au centre le caractère adamantin, parfois subissent une dégénérescence kystique, et s'associent à des formations rappelant les globes épidermiques des épithéliomas cutanés.

Les *tumeurs glandulaires* sont beaucoup plus nombreuses que les précédentes ; elles ont pour caractéristique d'être constituées par les cellules, modifiées ou non, du lobe antérieur de la glande. Trois grands caractères dominent leur structure : tendance à l'unification du type cellulaire, raréfaction ou disparition du tissu conjonctif intertubulaire, diminution ou disparition de la disposition en cordons et tendance à la constitution de nappes cellulaires ; ce dernier caractère est le plus inconstant. Elles se présentent sous trois aspects : *tumeur glandulaire en nappe*, nappe diffuse de cellules dans toute l'étendue de la lésion, sans septa conjonctifs visibles ; *tumeur glandulaire alvéolaire*, où la constitution en cordons séparés par des septa conjonctifs est

conservée ; *tumeur glandulaire à type mixte*, dans laquelle ces deux dispositions s'associent en proportion importante.

Ces formations sont constituées les unes par des *cellules chromophiles*, les autres par des *cellules chromophobes*, quelques-unes par des *cellules éosinophiles*. Elles peuvent en outre contenir des cellules anormales, atypiques, mais on n'y voit pas de karyokinèses.

Toutes ces tumeurs glandulaires méritent, à notre avis, d'être décrites sous un même nom, et sériées d'après les caractères architecturaux ou cellulaires que nous venons d'exposer, car la classification rationnelle en hypertrophie, hyperplasie, adénome, épithélioma, dont il convient de poursuivre les bases, est soumise à des difficultés telles qu'elle varie suivant les auteurs ; pourtant les signes de malignité les moins trompeurs, en dehors des métastases, de l'envahissement des vaisseaux, de la fréquence des karyokinèses, presque toujours absents, comme on sait, doivent être cherchés dans le caractère infiltrant de la tumeur, ses prolongements dans le cerveau, la présence de noyaux cellulaires néoplasiques dans la capsule d'enveloppe, la disposition en nappe des cellules néoplasiques, l'existence de cellules atypiques.

Des tumeurs non épithéliales, les sarcomes sont les formes les plus nombreuses, bien que la tendance actuelle ait eu pour conséquence d'attribuer aux tumeurs glandulaires nombre de tumeurs considérées autrefois comme des sarcomes. Signalons aussi les lymphomes, fibromes, lipomes, les kystes ; les cholestéatomes et tératomes ne sont pas sans rapports avec les épithéliomas pavimenteux.

La tuberculose et la syphilis comptent chacune quelques cas.

Des statistiques que nous avons recueillies, il résulte que : les épithéliomas pavimenteux, la tuberculose et la syphilis ne s'accompagnent pas d'acromégalie ; la lésion habituelle de l'acromégalie est une tumeur épithéliale glandulaire, à prédominance d'éosinophiles ; l'adiposité et le syndrome adiposo-génital sont, dans un très grand nombre de cas, en rapport avec un épithélioma pavimenteux (hypophysaire ou sus-hypophysaire).

Les *symptômes* que déterminent les tumeurs hypophysaires sont des accidents mécaniques et des états dystrophiques.

Les *accidents mécaniques* peuvent être de quatre ordres : signes de compression cérébrale proprement dite : céphalée, vomissements, vertiges, compressions nerveuses et surtout troubles oculaires (hémianopsie bitemporale, plus rarement homonyme, réaction pupillaire hémianopsique de Wernicke, atrophie optique, rareté de la stase papillaire) ; symptômes encéphaliques diffus (narcolepsie, troubles mentaux observés avec une grande fréquence, diabète sucré ou insipide, accélération du pouls, modifications thermiques) ; signes naso-pharyngés (tumeur pharyngée) ; syndrome radiologique (usure des parties osseuses, apophyses clinoïdes postérieures et lame quadrilatère, et agrandissement de la selle turcique).

Dans les *états dystrophiques*, rentrent les déformations de l'acromégalie, les déformations du gigantisme, l'adiposité hypophysaire, la dystrophie génitale (à type d'hypofonctionnement, avec absence ou perte des caractères sexuels secondaires).

Dans la règle, les tumeurs hypophysaires ont une évolution lente, beaucoup plus lente toutefois dans les formes avec acromégalie ou gigantisme que dans les formes sans acromégalie.

Le groupement de leurs symptômes donne lieu à la constitution des *formes cliniques* sous lesquelles elles se présentent à l'observateur. On doit distinguer :

Les *tumeurs avec acromégalie ou gigantisme*, qui comprennent naturellement deux formes cliniques : l'*acromégalie* et le *gigantisme*.

Les *tumeurs sans acromégalie et sans gigantisme*, qui comprennent trois groupes : les formes encéphaliques, les formes dystrophiques et les formes latentes.

Les *formes encéphaliques* se caractérisent uniquement ou principalement par des accidents encéphaliques ; elles renferment plusieurs variétés : *forme de tumeur cérébrale*, *forme narcoleptique*, *forme mentale*, *forme polyurique*.

Aux *formes dystrophiques* reviennent la *forme adipeuse*, la *forme de dystrophie génitale*, et surtout la

forme adiposo-génitale (*dystrophie adiposo-génitale, syndrome adiposo-génital*).

Le diagnostic de tous ces états comportera ou exigera des réserves, une grande prudence dans les cas où le tableau clinique sera incomplet : formes frustes de l'acromégalie, syndromes adiposo-génitaux incomplètement caractérisés ; le diagnostic avec les tumeurs de l'épiphyse ne sera pas oublié. Dans tous les cas difficiles, l'hémianopsie bitemporale et des déformations typiques de la selle turcique seront les éléments de la plus haute valeur pour l'existence d'une tumeur hypophysaire ou de la région hypophysaire.

Il semble établi que nous ne sommes plus désarmés en face des néoplasies pituitaires. Si l'opothérapie ne paraît être qu'une médication symptomatique, la radiothérapie a donné entre les mains de Gramegna, de Béclère et Jaugeas des résultats fonctionnels et physiques très appréciables ; en particulier, elle diminue les phénomènes de compression encéphalique et améliore les troubles visuels. Enfin l'hypophysectomie partielle a fourni de très beaux résultats à Schloffer, von Eiselsberg, Hocheneg, etc. ; seule de toutes les méthodes thérapeutiques, elle aurait réussi à déterminer la régression des déformations arcomégaliques ; toutefois sa gravité encore très grande doit, à notre avis, la faire réserver aux cas graves, qui ont résisté aux deux médications précédentes.

La *physiologie pathologique* des tumeurs de l'hypophyse ne peut être à l'heure actuelle qu'un exposé de théories. De cet exposé, nous concluons :

1° Le rapport étiologique entre les symptômes ou syndromes étudiés et les tumeurs pituitaires paraît évident ;

2° Le mécanisme pathogénique qui préside à la production des manifestations cliniques est tout à fait incertain (sauf pour ceux des signes encéphaliqnes qui sont causés par la compression directe) ;

3° La tendance actuelle, en ce qui concerne les dystrophies hypophysaires, est d'attribuer l'acromégalie et le gigantisme à l'hyperfonctionnement de la glande, le syndrome adiposo-génital à l'hypofonctionnement. Il y aurait ainsi opposition entre les deux syndromes d'hyperpituitarisme et d'hypopituitarisme ;

4° C'est aussi une tendance qui se dessine de plus en plus, que d'associer aux troubles hypophysaires précédents des troubles d'autres glandes à sécrétion interne, en particulier les glandes génitales et le corps thyroïde ; cette association est admise particulièrement en ce qui concerne le gigantisme infantile.

La *discussion* ne put évidemment s'engager qu'entre ceux qui avaient été favorisés du rapport : M. Laignel-Lavastine signale l'hémi-dyschromatopsie et insiste sur la corrélation fonctionnelle des glandes endocrines chez les acromégaliques ; M. Sainton étudie surtout la glycosurie et le diabète hypophysaires ; M. Meige discute les rapports du dystrophisme et de la sécrétion hypophysaire dans le gigantisme et critique la dénomination de syndrome pluriglandulaire. Trois communications avec projection de coupes histologiques viennent enfin s'annexer à cette discussion : MM. Gilbert Ballet et Laignel-Lavastine : Note anatomo-clinique sur un cas d'acromégalie. — M. Laignel-Lavastine : Contribution à l'étude des hyperplasies glandulaires de l'hypophyse : hypophysites parenchymateuses hypertrophiques et cirrhoses ; adénomes et épithéliomas. — MM. Roussy et Clunet : Essai de classification histologique des tumeurs du lobe antérieur de l'hypophyse.

C'est d'une oreille quelque peu distraite qu'un petit nombre de fidèles écoutent les communications suivantes, qui pourtant se succèdent à courte distance les unes des autres :

M. Mendelssohn : Sur le rôle des corrélations fonctionnelles en pathologie nerveuse et mentale.

M. Wahl : Les arriérés scolaires à Cherbourg.

M. Alaize : Considérations sur les lésions traumatiques consécutives aux chutes chez les épileptiques et sur la prophylaxie de ces lésions.

MM. Benon et Bonvallet : Aphasie et asthéno-ma-

nie post-apoplectique. (Communication lue et argumentée par M. P. Alaize.)

MM. Mabille et Perrens : Les transformations évolutives de la paralysie générale et les idées de suicide chez les paralytiques généraux.

Tous, en effet, nous avions hâte d'aller visiter la cathédrale gothique d'Amiens, dirigés avec une inlassable cordialité par M. Pierre Dubois, dont la grande érudition est en même temps, chose rare aujourd'hui, si naturelle et si spirituelle. Ce sont là d'exquises minutes d'art que nous avons vécues inoubliables, à déchiffrer, grâce à notre savant et aimable cicerone, l'histoire de ce majestueux monument, tout entier du XIIIe siècle, et édifié en une unité admirable d'après le plan primitif conçu par Robert de Luzarches. Tour à tour nous admirâmes la nef, avec ses magnifiques tombeaux de bronze; les bas-reliefs qui décorent les côtés du chœur et du transept; dans le chœur lui-même, les stalles sculptées du XVe siècle avec les scènes naïves d'un Joseph amiénois et ses extraordinaires chameaux ; puis le portail principal avec ses vingt-deux rois, ses suites de quatrefeuilles contenant les signes du zodiaque et les travaux des mois, ses sculptures symboliques, ses vierges sages et ses vierges folles... ; puis encore la Vierge dorée, si maternelle, du portail latéral ; enfin l'abside avec ses arcs-boutants si élégamment découpés...

Jeudi 3 août. — Journée chargée, non en communications (on n'avait pas le temps), mais en excursions. Départ d'Amiens en chemin de fer, visite des ruines de Coucy, déjeuner à Coucy ; train, tramway, visite de l'asile de Prémontré, champagne ; traversée de la forêt de Saint-Gobain en tramway électrique, visite des glaceries, retour à Amiens en chemin de fer par Tergnier. Si je m'écoutais, je me laisserais évidemment aller à

vous parler des ruines imposantes de ce château de Coucy, vestige de l'architecture militaire du XIIIe siècle, ou bien à vous dépeindre l'élégante façade XVIIIe siècle de l'ancienne abbaye de Prémontré, avec ses frontons si gracieusement sculptés, ses hautes fenêtres à petits carreaux et surtout son cadre verdoyant et fleuri ; mais je ne veux pas oublier que je suis un reporter scientifique et que j'ai seulement à rendre compte des travaux du XXIe Congrès des aliénistes et neurologistes de France.

Vendredi 4 août. Toute la matinée est occupée par l'importante question suivante :

De la valeur du témoignage des aliénés en justice, par M. Lalanne, rapporteur.

Le rapport du Dr Lalanne est divisé en trois parties : étude psycho-judiciaire du témoignage ; étude historique et clinique du témoignage des aliénés ; considérations médico-légales.

I. — *Etude psycho-judiciaire.* — L'importance considérable du témoignage dans le droit, tant au civil qu'au criminel, assure un puissant intérêt spéculatif et pratique à la science du témoignage en général et plus particulièrement du témoignage des psychopathes. Le rapporteur rappelle les travaux de Claparède, de Binet, de W. Stern, sur la psychologie du témoignage, travaux qui ont créé cette « science du témoignage » entrevue pour la première fois par Binet et dont Larguier des Bancels expose en ces termes les résultats déjà acquis :

1° L'erreur est un élément constant du témoignage. Le témoignage sincère ne mérite pas la confiance qu'on lui accorde communément ;

2° Les erreurs sont beaucoup moins nombreuses dans le récit spontané que dans l'interrogatoire ;

3° La valeur d'une réponse dépend étroitement de la forme de la question qui l'a provoquée. La question forme avec la réponse un tout indivisible ;

4° Toute question dont la forme implique une suggestion doit être évitée. Les enfants, en particulier,

n'opposent qu'une résistance minime aux suggestions de l'interrogatoire;

5° Les données relatives au signalement d'un individu ne méritent, en général, qu'une confiance très restreinte. Les renseignements qui portent sur les couleurs n'ont pratiquement aucune valeur (*Année psychologique*, 1906).

Notre loi moderne est muette sur le témoignage des aliénés (délirants, déments ou arriérés). Il n'existe aucun texte le concernant. Quant à la jurisprudence, la Cour de cassation a décidé, en matière pénale, que l'état d'aliénation mentale d'un individu ne s'oppose pas « légalement » à ce que son témoignage soit produit aux débats. Le magistrat reste ainsi maître d'apprécier les dépositions qu'il reçoit ou provoque, — même de la part d'aliénés internés. Juridiquement cependant, les témoignages des aliénés devraient être écartés ; d'éminents jurisconsultes, comme MM. Le Poittevin, Garraud, Morin, se rangent à cette opinion, acceptée d'ailleurs par un certain nombre de législations étrangères.

II. — *Le témoignage des aliénés.* — Après un historique aussi complet que possible de la question, le rapporteur aborde l'étude clinique du témoignage pris dans son acception la plus large, c'est-à-dire envisagé non seulement dans le sens de déposition d'un témoin, mais encore dans celui d'attestation, de déclaration affirmative et de dénonciation.

Les *déments* peuvent parfois s'exprimer avec suffisamment de correction pour faire illusion sur leur état d'affaiblissement intellectuel, mais tous, organiques et vésaniques, séniles, paralytiques généraux, déments précoces, etc., sont enclins aux allégations erronées et aux accusations délirantes, Le « délire onirique des gens âgés » de Régis, la « mythomanie paramnésique » de Dupré, la fabulation désordonnée des paralytiques... en fournissent les preuves les plus convaincantes.

Le désordre mental des *maniaques* s'affiche généralement avec assez d'évidence pour ne point prêter à la recherche ou à l'acceptation de leur témoignage ; il n'en est malheureusement pas de même des hypomaniques, principalement des hypomaniaques circulaires, que Falret a montrés portés par leur caractère taquin et mal-

veillant aux pires médisances, aux inventions mensongères et aux dénonciations calomnieuses.

Le délire des *mélancoliques* à idées d'indignité, de culpabilité et d'auto-accusation conduit logiquement ces malades (mélancoliques purs, alcooliques avec délire mélancolique, mélancoliques persécutés et persécutés auto-accusateurs) à l'auto-dénonciation. Nos lecteurs connaissent certainement la thèse de G. Lalanne sur les persécutés mélancoliques, comme ils se rappellent le rapport de Dupré au Congrès de Grenoble (1902) sur les auto-accusateurs.

Toute une catégorie de *persécutés* est, d'autre part, vouée au faux témoignage délirant et aux hétéro-dénonciations : ce sont les persécutés interprétants de Sérieux et Capgras, dont les variétés sont innombrables : interprétateurs filiaux ou amoureux, revendicateurs, persécutés-persécuteurs, processifs, jaloux, etc.

Tantôt mus par une idée pathologique de vengeance, ils altèrent sciemment la vérité ; tantôt aveuglés par leur idée délirante prévalente et angoissante, ils sont au contraire de parfaite bonne foi dans leurs accusations ; mais souvent l'énergie et la vraisemblance de leurs affirmations, la richesse de leur documentation, la puissance même de leur argumentation juridique en imposent à la Presse, au Parlement, au Parquet, à leur entourage immédiat, entraînant ces sensationnelles et périodiques attaques de la loi de 1838, ces enquêtes et ces poursuites, dont l'inanité est trop tard reconnue, contre de prétendues séquestrations arbitraires, de mystérieux attentats ou d'incroyables dénis de justice, ces cas enfin si curieux de propagation et de contagion délirante.

Parmi les *dégénérés*, ceux qui aujourd'hui nous intéressent le plus vivement sont ceux affectés de ce que Dupré a appelé « mythomanie ou tendance pathologique, plus ou moins volontaire et consciente, au mensonge et à la création de fables imaginaires ». Ces sujets, écrit Lalanne, sont constitutionnellement enclins à organiser par leurs paroles, leurs écrits et leurs actes des fictions plus ou moins fréquentes ou prolongées, à tromper ainsi leur entourage, sous l'influence de mobiles eux-mêmes pathologiques, et à traduire enfin, par cette aptitude élective au mensonge, à la simulation et à l'invention

romanesque, une tendance d'action et une forme d'esprit que désigne le terme de mythomanie ou de mythopathie. Simulation malicieuse, goût inné du mensonge, besoin de gloriole, vanité d'occuper l'attention publique et de berner les magistrats, désir morbide de mystifier allant jusqu'à l'auto-mutilation ou aux conséquences opératoires de leur pathomimie, intention maligne ou perverse, les mobiles de l'auto ou de l'hétéro-dénonciation mythomaniaque sont multiples.

Très voisin du mythomane est l'*hystérique*, préoccupé d'attirer l'attention et de se mettre en scène, le plus souvent au moyen de supercheries variées, de simulations, de mystifications, d'insinuations accusatrices et parfois dénonciatrices. L'hystérique peut émettre des accusations fausses, imaginaires, tantôt sincères et d'origine onirique ou délirante, tantôt à la fois sincères et mensongères, suivant que l'hystérie intervient seule ou associée, soit à l'imbécillité morale, soit aux perversions vicieuses des instincts et aux tendances vaniteuses fréquentes dans la dégénérescence mentale. Les accusations fausses visent presque toujours autrui et cette fréquence des hétéro-accusations imaginaires des hystériques, dont l'histoire médico-légale est si fameuse, s'oppose à la rareté des auto-accusations de même origine. Il s'agit fréquemment d'une auto-hétéro-accusation (Dupré) et d'une fable sexuelle émise avec un luxe inouï de détails, plus ou moins singuliers, mais surtout invraisemblablement précis, et dont le point de départ est un rêve, une idée fixe subconsciente, une suggestion quelconque.

Avec la plupart des aliénistes, Delasiauve, Féré, Legrand du Saulle, J. Voisin, M. Lalanne recommande d'éliminer le témoignage des *épileptiques*. Chez les épileptiques, dit-il, les lacunes de la mémoire sont comblées par des pseudo-réminiscences dont les conséquences peuvent être dangereuses ; ils prennent pour des réalités les rêves qu'ils font dans leurs états crépusculaires ; souvent aussi ils croient se souvenir d'une chose qu'on leur a racontée comme d'un fait qu'ils auraient vu.

Le témoignage des *alcooliques* et des *intoxiqués* doit également être suspect, en raison soit de la confusion mentale temporaire des états aigus ou subaigus (ivresse délirante, délires alcooliques, morphiniques, fébriles,

infectieux, auto-toxiques...), soit des idées délirantes post-oniriques, plus fixes et durables, soit de la « rencontre hérédo-toxique », si fréquemment observée, et des délires de dégénérescence greffés sur une intoxication fortuite ou habituelle.

Le *délire d'imagination* de Dupré ne doit pas nous arrêter : ce n'est qu'une variété délirante de sa mythomanie. Les *intervalles lucides* devraient, en revanche, retenir davantage notre attention et notre discussion ; mais le rapporteur passe très rapidement, trop dirions-nous volontiers, sur cette question, admettant que « l'état lucide est souvent purement hypothétique ».

III. — *Considérations médico-légales.* — Les causes d'erreur ou seulement d'insuffisance du témoignage sont innombrables, tenant, d'une part, à nos passions, à notre éducation personnelle, à nos facultés individuelles de raisonnement, d'abstraction ou de généralisation, à notre ignorance, à notre crédulité, etc.., d'autre part, à toutes les altérations mentales possibles, exaltation morbide, confusion, amnésie, affaiblissement intellectuel, déficience du pouvoir perceptif, idées délirantes variées... L'aliéniste connaît toutes ces causes, mais non le magistrat encore officiellement inéduqué à la psychiatrie. En attendant cette éducation, qui fatalement viendra, et la création dans chaque Faculté de droit d'une chaire de criminologie et de pathologie mentale, nous ne pouvons que nous rallier à la conclusion de l'étude du Dr Lalanne : « C'est que la valeur du témoignage d'un aliéné est essentiellement variable et qu'il est désirable que les magistrats fassent appel au concours d'un médecin aliéniste chaque fois qu'ils peuvent soupçonner, chez le témoin, un état mental morbide. »

Discussion, longue et peut-être un peu confuse. — M. Rémond estime avec énergie que dans aucun cas il ne doit être fait état des témoignages d'un aliéné, et il propose au Congrès d'émettre deux vœux : le premier serait que la loi déclarât la suspicion légitime de la déposition de tout individu aliéné ou ayant été aliéné ; le second aurait pour but de tenir compte aux magistrats, tant pour leur avancement que pour l'obtention

des fonctions de juge d'instruction, du certificat d'études pénales qu'ils auraient acquis dans une Faculté de droit. — M. Régis étudie surtout les causes qui faussent et vicient le témoignage des aliénés : défaut de compréhension dans les états caractérisés de dégénérescence et de démence, défaut de mémoire dans les diverses amnésies constitutionnelles ou acquises, hallucinations des psychoses vésaniques ou des psychoses oniriques, délires et tout particulièrement délires d'imagination et d'interprétation, mythomanie associée parfois avec l'hallucination onirique. — M. Mabille insiste plus spécialement sur le faux témoignage des épileptiques accusateurs et sur la tendance aux complots fomentés par les aliénés circulaires dans la période d'excitation. — M. Dupré rappelle le caractère restrictif du terme d'*aliéné* et désirerait voir la question s'élargir en traitant du *témoignage des psychopathes*. Il attaque enfin le *serment* qui n'offre aucune valeur ni aucune garantie. — M. Ladame attire l'attention du Congrès sur la sévérité de la loi à l'égard des faux témoins qui sont souvent des psychopathes, et propose le vœu suivant : avant de condamner un faux témoin le tribunal pourra le faire examiner au point de vue mental. — M. Ley voudrait voir apprécier exactement la capacité de témoignage des aliénés à l'aide de tests psychologiques, ou tout au moins, sur l'observation de M. Régis, d'un examen psychiatrique. Il propose un vœu dans ce sens. — MM. Arnaud, Dide, Jude, Granjux prennent encore la parole sur ce sujet. — MM. Charuel et Haury donnent, à l'occasion du rapport du Dr Lalanne, une intéressante observation d'*aliéné en liberté*.

Enfin, après une intervention de M. Granier, à la fois très courtoise, très juste et très prudente, le Congrès adopte avec de légères modifications les vœux de MM. Rémond, Ley et Ladame :

1° Le témoignage des individus présentant ou ayant présenté des troubles de l'esprit, quels que soient leur époque et les faits sur lesquels il porte, doit être frappé de suspicion ;

2° Les certificats d'études de science pénale délivrés par les Facultés de droit devraient valoir des avantages matériels aux magistrats dans leur carrière, et notamment leur faciliter l'accès aux fonctions de juge d'instruction ;

3° Il est désirable que la capacité de témoignage des individus atteints ou suspects de troubles mentaux soit déterminée par un examen psychiatrique ;

4° Avant de mettre en accusation un faux témoin, le juge pourra le soumettre à un examen mental.

A deux heures, visite de l'asile de Dury-les-Amiens. L'établissement est un asile moderne et nous en louerons tout à l'heure la distribution et l'agencement intérieurs ; mais il nous faut tout d'abord déplorer sa situation. Édifié sur d'anciens terrains de culture, au milieu d'un paysage morne et désolé, il est distant de la ville de plusieurs kilomètres ; le tramway le plus bienveillant nous abandonne encore loin de la porte, et cependant la côte est rude et le soleil ardent... Je n'ai jamais pu saisir la raison pour laquelle on isole ainsi un asile, c'est-à-dire somme toute un *hôpital pour malades*, en obligeant les familles *de tout un département*, les visiteurs et tout le personnel de l'établissement (à l'unique exclusion de son directeur nanti d'une voiture administrative) à faire les frais d'un véhicule particulier ou à supporter stoïquement les rigueurs de la saison, à braver suivant celle-ci l'insolation ou la fluxion de poitrine. Je dois ajouter, d'ailleurs, qu'on n'a jamais pu davantage me l'expliquer.

L'asile de Dury est bien par son aspect tout l'op-

posé de celui de Prémontré : celui-ci est riant, frais, ombreux, verdoyant, entouré de futaies élancées et séculaires ; celui-là est caillouteux, poussiéreux, torride, desséché, garni seulement d'arbres minuscules, atteints d'infantilisme. Dépêchons-nous donc vite d'entrer, car maintenant le critique devient laudateur.

Sans réserve, nous admirons, dans cet asile d'indigents, le grand hall, clair, gai, propre, pimpant, presque coquet, aux murs peints en gris argent lavable, au sol dallé facilement lessivable : des radiateurs pour le chauffage central, des sièges en bois vernis, des plantes vertes, quelques tables légères... ; il ne me semble pas que je sois dans « une maison de fous ». Et ces salles d'examen gynécologique, d'opération, d'hydrothérapie où le jour bienfaisant tombe à profusion, cet outillage perfectionné, ces bouilloires électriques... Mais c'est une véritable maison de santé, que dis-je même, une maison *modèle*, et j'en connais certaines pour malades payants qui gagneraient à copier ce qu'on a construit *pour des indigents*. Deux points m'ont surtout frappé dans ma visite : l'utilisation du premier étage des bâtiments pour le personnel infirmier, les malades occupant seulement le rez-de-chaussée, d'où surveillance plus facile, impossibilité des suicides par défénestration ou précipitation dans l'escalier, et surtout, surtout l'aménagement spécial des locaux pour ledit personnel qui dispose ainsi de salle de repos, avec tables de travail et de lecture. Heureux infirmiers, heureuses infirmières, combien j'en sais qui vous envieraient !

Une disposition particulière des locaux permet, d'autre part, d'isoler un certain nombre de compartiments, de les séparer par une cloison étanche du reste du pavillon et de leur affecter une entrée absolument indépendante : c'est un véritable lazaret que l'on peut instantanément et automatiquement créer, en cas d'épidémie.

J'aurais encore bien d'autres choses à louer, l'asepsie du mobilier et même son élégance (lits en fer avec sommiers à bandes métalliques, étagères en faïence à montants métalliques peints en blanc et avec plateaux sans tiroir ni fermeture, chaises en bois courbé et verni...), l'aération et la luminosité des salles, la complétude de l'arsenal médical (instruments les plus variés d'examen physique et d'anthropométrie, toise, bascule, appareil photographique...), mais je dois me borner.

Je veux cependant, pour terminer, citer encore la chambre bleue pour les agités, la chambre rouge pour les déprimés (il manque toutefois la chambre bicolore pour les états mixtes), la chambre jaune pour les confus (pourquoi jaune? peut-être pour honorer la mémoire de... Confucius...).

L'asile de Dury, comme on voit, est véritablement un asile chromophile et c'est dommage qu'on y puisse voir aussi quelques... cellules... chromophobes.

Après la visite de Dury, séance de communications rapides et pressées, et liquidation des travaux du Congrès.

M. Collin. — De l'aptitude des enfants de deux ans et demi à conserver les attitudes données : leur résistance à la fatigue, démontrée par le signe du bras.

M. Haury. *La paresse pathologique.* — Bien des paresseux sont des malades, car s'il y a une paresse physiologique, passagère et d'origine physique ou mentale, et qui est la paresse du fatigué, il y a aussi une paresse pathologique plus ou moins durable. C'est la paresse de l'affaibli, de l'épileptique, du cyclothymique, du psychasthénique, du pithiatique, du confus, du mélancolique... mais surtout du dément précoce. Dans les milieux militaires, la paresse pathologique devient une forme d'indiscipline morbide.

MM. Sérieux et Libert. *Prisons d'État et asiles*

de sûreté. Les anormaux constitutionnels à la Bastille; interprétateurs, revendicateurs, fabulateurs. — Communication des plus intéressantes sur un sujet que nos lecteurs connaissent certainement pour avoir lu l'article qui lui a été déjà consacré dans le numéro de juillet de l'*Encéphale*. L'examen psychiatrique des Archives démontre que les prisons d'État en général, et la Bastille en particulier, n'étaient pas, comme il est d'opinion courante, des prisons seulement destinées à ceux qui gênaient les puissants du jour. La Bastille jouait dans l'organisme social le rôle d'un asile de sûreté, d'un asile d'aliénés criminels. Et il y aurait lieu de créer à l'heure actuelle des asiles semblables pour les dégénérés malfaisants, qui bien qu'« en état dangereux », échappent cependant, en vertu « de leur responsabilité atténuée », à l'asile et à la prison.

M. Hartenberg. — Obsession et volonté.

MM. Raffegeau, Mignon et Leulier. — Contribution à l'étude des métastases dans l'asthme.

M. Aimé. — Hallucinations visuelles chroniques sans délire, dans un cas de néphro-entéroptose. — MM. Dupré et Régis insistent à leur tour sur la fréquence des hallucinations de la vue dans la dilatation stomacale, et sur le caractère processionnel et funèbre de ces hallucinations dont les malades ne sont jamais dupes.

M. A. Laurent. — La question de l'arriération mentale. Ses rapports avec la démence précoce.

Il restait encore, après celle-ci, un certain nombre de communications qui n'ont pu avoir lieu, faute de temps et malgré la présence effective des « engagés ». Citons :

F. Tissot. — Automutilateur piqueur stéréotypé.

P. Courbon. — Suggestibilité, pithiatisme et hystérie.

P. Courbon et R. Nougaret. — Méningite chro-

nique et syndrome démentiel paralytique chez un enfant de huit ans.

P. Courbon et Lassablière. — De l'association médicamenteuse du nucléinate de soude et de l'arsenic contre l'asthénie physique et psychique.

G. Paul-Boncour. — Pratique de la gymnastique orthophrénique dans la cure de l'instabilité psychomotrice.

M. Meige. — Conseils pour la correction des troubles fonctionnels de la parole.

P. Merle. — L'abcès tuberculeux du cerveau, etc.

Il est tout à fait regrettable que chacun ne puisse faire « sa petite communication ». Évidemment, on ne vient pas au Congrès uniquement dans ce but : il messiérait d'être aussi naïf. Il y a cependant mauvaise grâce à ne point donner la parole à qui la demande, heureux d'exposer ses opinions et croyant, de bonne foi, intéresser vivement tout l'auditoire. Mais comment, hélas! concilier le débit intarissable des uns qu'on ne peut réfréner qu'en les « chronométrant », avec l'appétit de tourisme des autres, lesquels ne veulent rien entendre et désertent plutôt la salle d'audience, à ce point qu'à une fin de séance, l'orateur qui se trouvait à la tribune n'avait plus, pour l'écouter, que le président du Congrès, son vice-président, deux secrétaires de bureau... et le représentant des *Annales médico-psychologiques?* Je ne prétends aucunement résoudre le problème; je me contente de le poser, un peu inquiet de son avenir.

L'assemblée générale du Congrès s'est tenu à Dury après la dernière communication « effective », et les votes successifs des membres présents ont donné des résultats importants : M. Semélaigne est nommé se-

crétaire général permanent du Congrès, en remplacement de M. H. Meige, démissionnaire ; M. Lallemant, membre du Comité permanent, en remplacement de M. Doutrebente, décédé ; M. Londe, de Genève, membre dudit Comité à titre étranger, en remplacement de M. Crocq, démissionnaire ; M. Arnaud est enfin désigné comme le vice-président du prochain Congrès.

Celui-ci se tiendra — définitivement, espérons-le — à Tunis, au moment de Pâques (mars-avril 1912).

Président : M. Mabille.

Vice-président : M. Arnaud.

Secrétaire général : M. Porot.

Rapports : Les perversions instinctives ; *rapporteur* : M. Dupré ;

Complications nerveuses et mentales du paludisme ; *rapporteur* : M. Chavigny.

L'assistance des aliénés aux colonies ; *rapporteur général* : M. Régis.

Le Congrès de 1913 se tiendra au Puy, au mois d'août.

Président : M. Arnaud.

Secrétaire général : M. Suttel.

Rapports : Les troubles du mouvement dans la démence précoce ; *rapporteur* : M. Lagriffe.

De l'anesthésie dans l'hémiplégie cérébrale ; *rapporteur* : M. Monier-Vinard.

Conditions de l'intervention chirurgicale chez les aliénés au point de vue thérapeutique et médico-légal ; *rapporteur* : M. Picqué.

Notre Congrès rendit ce même soir (4 août) au Corps médical amiénois, la soirée que celui-ci lui avait offerte ; et, chose à laquelle j'applaudis vigoureusement, il y avait un orchestre et l'on dansa. A la bonne heure donc ! Nos palabres, comme nos conversations professionnelles,

ne doivent guère intéresser les dames qui nous font le grand honneur et la grâce exquise d'assister à nos réunions. Il est bien juste de leur manifester notre reconnaissance de leur assiduité et de leur amabilité en cherchant dans nos soirées à les distraire et à les fêter.

Des excursions projetées sur les plages de la Manche, à Étaples, Paris-Plage, Boulogne et Vimereux, de la traversée de la Manche et de la visite de Londres et en particulier de l'asile et des laboratoires de Claybury, je ne puis à mon regret rien dire ; car, pareil encore à certain concurrent malchanceux du Circuit, j'eus, immédiatement après la dernière séance de communications du Congrès, une fâcheuse panne qui m'empêcha de traverser le Détroit et m'obligea à rentrer incontinent à Paris. Je prie humblement les lecteurs des *Annales* de m'excuser.

ROGER DUPOUY.

Pathologie.

LE VAGABONDAGE CONSTITUTIONNEL

OU

DES DÉGÉNÉRÉS

Par le professeur MAIRET

Suite (1).

CHAPITRE II

Vagabondage constitutionnel primitif

Les vagabonds rentrant dans ce groupe sont tous des vagabonds d'habitude dont le vagabondage est continu ou non. Dans le premier cas, on a affaire à de véritables juifs errants ; dans le second, à des individus qui ne peuvent tenir en place que le temps nécessaire à gagner quelque argent et qui, munis de ce viatique, reprennent aussitôt leur vie errante.

Ces vagabonds, nous les étudierons successivement dans cette *vie errante*, dans le *pourquoi* de leur vagabondage, dans le *diagnostic* de celui-ci.

I. Vie errante. — Meige, en comparant les « névropathes voyageurs » observés par lui au Juif errant,

(1) Voir les *Annales* de juillet-août 1911.

ce malheureux Cartophilus condamné par Jésus à marcher indéfiniment, caractérise, d'une manière générale, les vagabonds constitutionnels, en ce qui concerne leur vagabondage. Ce sont des individus qui passent leur vie à voyager. Toutefois, la description qu'il donne de leur vie errante n'est pas suffisante pour faire connaître exactement celle-ci, d'où la nécessité d'un exemple étudié avec quelques détails. Cet exemple, je le demanderai au groupe de ces trimardeurs qui parcourent nos campagnes et nos villes, fauteurs de trop fréquents délits qui les font arrêter et trop rarement soumettre, comme ils le mériteraient cependant, à un examen médico-légal. Il s'agit d'un individu âgé de vingt-cinq ans, que je suis depuis plusieurs mois et qui m'a raconté et écrit ses pérégrinations. Connaissant la duplicité de ses congénères, je n'ai cru à sa véracité qu'après mûr examen et des épreuves diverses.

Obs. I. — L... était à l'âge de treize ans à la brasserie Georges, à Lyon, comme chasseur ; il y reste deux mois et la quitte pour aller au même titre à l'hôtel Bellecour. Au bout de trois mois, « les voyages formant la jeunesse », suivant son expression, il veut aller voir Marseille. Il s'y rend en chemin de fer, sans payer sa place, et s'engage à l'Hôtel des Princes, comme plongeur ; il ne s'y plaît pas et ayant reçu quelque argent de sa famille, il part pour Nice, où il se place à nouveau dans un hôtel, mais, dès ce moment, il commence à boire et il est renvoyé pour ivresse. Il retourne dans sa famille qui habite les environs de Vienne (Isère), travaille avec son père, et bientôt, dégoûté, le quitte pour Lyon ; il avait alors quinze ans. Là, il fait les métiers les plus divers, entre autres celui de souteneur ; à dix-sept ans, il est condamné à huit jours de prison pour destruction de clôture ; on lui applique la loi Béranger. Cette condamnation le dégoûte, dit-il, de la société. Il se fait alors trimardeur, mais, comme il ne peut quitter Lyon, « se trouvant perdu dès qu'il n'aperçoit plus le

clocher de Fourvière », il se contente de vagabonder dans les environs de cette ville ; il est condamné deux fois, la première pour vagabondage, la seconde pour mendicité. Vient l'hiver, alors il ne quitte plus Lyon. Il couche sous les ponts, demande sa nourriture à différentes œuvres et mendie ; il est condamné à un mois de prison, cette condamnation le laisse froid, il est déjà blasé. Libéré, la perspective d'aller coucher de nouveau sous les ponts ne lui sourit plus ; il décide alors de partir à pied pour Paris. « En route, il aurait toujours la ressource des fermes hospitalières .» Il se fait établir un passeport et part, mendiant et s'adressant aux municipalités pour avoir des bons de pain, le droit d'aller manger la soupe dans les hôpitaux et de coucher dans les asiles de nuit ; d'autres fois, il couche dans des fermes et trop souvent à la belle étoile. A Villefranche, par exemple, sa recette comme mendiant ayant été bonne, il se saoule et se couche dans un pré. Il gèle et neige ; à son réveil, il a les membres tellement raidis par le froid qu'il peut à peine se traîner jusqu'à une auberge voisine, où on lui donne des boissons chaudes. Il continue sa route, toujours à pied, toujours mendiant, au besoin volant, et nous pouvons le suivre étape par étape jusqu'à Paris. Là, il va voir une de ses tantes. Elle le nourrit et l'habille, mais, au bout de trois jours, il lui dit qu'il veut retourner à Lyon ; elle lui donne quelque argent et il repart. Toutefois, avant de quitter Paris, il dépense ce que sa tante lui a donné et se remet en route, continuant à mendier et à voler pour vivre ; à peine s'il travaille, de loin en loin, un jour ou deux dans quelque ferme. Il rentre à Lyon, en passant cette fois par le centre et, comme pour l'aller, il nous indique les principaux endroits qu'il a traversés et où il a couché.

A Lyon, il est condamné à quinze jours de prison pour vagabondage. Aussitôt libéré, il est pris de l'idée d'aller faire un tour dans les Alpes et se dirige sur Grenoble. Arrivé à Bourgoin, il est arrêté pour mendicité et condamné à quinze jours de prison. En sortant de celle-ci, il ne veut plus aller dans les Alpes, il veut maintenant aller à Bordeaux. Il retourne à Lyon et, de là, nous conduit successivement à Givors, Rive-de-

Gier, Grand-Croix, Saint-Chamond, Terrenoire, Saint-Etienne, où il y a un bon asile de nuit et où il reste trois jours à mendier, Montbrison, Boin, Noirétable, Thiers, Lezoux et Clermont-Ferrand, où il reste aussi trois jours et est très intéressé par des tours de physique que fait un acrobate sur une place de la ville. De là, nous le suivons à Pontgibaud et, étape par étape, à Limoges, « ville très bonne pour les vagabonds »; à Périgueux, Libourne et Bordeaux, où il reste quatre jours, sur lesquels il travaille deux jours sur les quais. Le désir de voir l'Espagne le prend; il se dirige alors sur Bayonne en passant par Mont-de-Marsan et Dax; arrêté à Saint-Vincent pour vagabondage et vol de fruits, il est condamné à quinze jours de prison. Libéré, il continue sa route sur Bayonne, Biarritz, Saint-Jean-de-Luz, Hendaye, traverse la Bidassoa et arrive à Saint-Sébastien. Il s'adresse au Consulat de France et mendie; mais les alguazils le surveillent de près et, comme il ne connaît pas la langue du pays, il retourne à Bayonne en suivant le même chemin qu'à l'aller. De là il gagne Pau par les Landes, se repose un moment devant le château d'Henri IV, se dirige sur Tarbes, puis sur Toulouse, où il arrive de nuit et couche sous un pont de la Garonne; au réveil, il commence à mendier, mais si les Toulousains donnent volontiers des victuailles, ils sont beaucoup moins généreux pour l'argent; d'ailleurs, l'asile de nuit ne lui plaît pas et il quitte Toulouse, se dirige sur Albi, Carmaux, Rodez, Espalion, Marvejols, Saint-Flour, Saint-Etienne et arrive à Lyon, où il est de nouveau arrêté pour vagabondage et condamné à un mois de prison

Aussitôt sorti, il part pour Genève, toujours mendiant et volant. Arrivé dans cette ville, il va contempler le lac et s'assied sur un banc à l'endroit où a été assassinée l'impératrice d'Autriche. Mais voici la police qui l'aborde et il est reconduit à la frontière. Laissé en liberté, il rencontre un trimardeur qui va à Grenoble, il part avec lui et, toujours à pied, il arrive étape par étape dans cette dernière ville. Il n'y passe qu'un jour et repart pour Toulon, où il mendie et reste six jours. De là, il va à Hyères où on l'arrête pour vagabondage; il reste en prison jusqu'à la Toussaint.

Dès qu'il sort, il se dirige vers le Lavandou, Saint-Tropez, Saint-Maxime, Fréjus, où il vole sept saucissons à l'étalage d'un charcutier, Cannes, Antibes, Nice. Dans cette dernière ville, il est condamné à un mois de prison pour mendicité. Libéré, il y reste encore deux jours, puis repart pour Marseille où il est arrêté encore et condamné à quarante-cinq jours de prison au commencement de janvier 1905.

En sortant de prison, il rencontre une femme qui faisait la somnambule, il vit avec elle et gagne beaucoup d'argent. Malheureusement, au bout de deux mois, elle est obligée d'entrer à l'hôpital; il quitte alors Marseille et se dirige sur Montpellier. Il reste une huitaine de jours dans cette ville, puis repart pour Toulouse, est arrêté à la Bastide, comme vagabond, conduit à Castres où on le relâche et d'où il gagne Toulouse. Il reste huit à quinze jours dans cette dernière ville et se dirige à nouveau sur Saint-Sébastien. En chemin, il fait les foins pendant douze jours, repart de Saint-Sébastien et revient à Toulouse. Là, il devient chiffonnier pendant quinze jours, puis vient vendanger à Aigues-Mortes. Il gagne 38 francs et va à Marseille. Il rencontre une femme qui lui propose de faire avec elle le marchand ambulant; mais, dans la nuit, elle lui vole 10 francs et ne revient plus. Ayant appris qu'elle était partie pour Lyon, à pied, en compagnie d'un autre homme, il se met à sa poursuite et, à un moment donné, il prend le train pour venir l'attendre à Pierrelatte. Lorsqu'elle passe près de lui, il la rosse d'importance et lui vole tout l'argent qu'elle a sur elle, 15 francs. Cet exploit terminé, il continue sa route sur Lyon en chemin de fer, reste quelques jours dans cette ville, puis repart à pied pour le Midi. Il passe deux mois à Montpellier, ramassant des chiffons, revient à Aigues-Mortes, puis à Nîmes, où il est condamné à cinquante jours de prison. Libéré, il se dirige sur Cette, parcourt le Midi, est condamné à deux mois de prison pour mendicité et ivresse, puis à trois mois. Aussitôt libre, il va à Saint-Chély, redescend sur Béziers, en travaillant une douzaine de jours, et, toujours à pied, arrive à Narbonne. C'est le moment où il devait rejoindre le régiment, il avait alors vingt et un ans. « Ne voulant pas être soldat de la République

qui l'a plusieurs fois condamné », il part pour l'Espagne et va jusqu'à Valence, mendiant, volant comme en France, puis revient à Barcelone et, falsifiant son passeport, il va trouver le consul de France en lui demandant de le rapatrier. Celui-ci fait droit à sa requête et lui conseille de s'engager. Il prend le train pour Cerbère, proteste auprès du commissaire spécial quand celui-ci lui demande s'il n'est pas un insoumis et se fait donner par lui une réquisition pour Perpignan. Là, il se saoûle, est ramassé par la police, reconnu comme insoumis et transféré à Montpellier où on l'envoie à la prison militaire. Il avait à ce moment la dysenterie, on le transfère à l'hôpital suburbain. Réformé temporairement et acquitté par le Conseil de guerre à cause de son état de déchéance physique, il retourne à Lyon par le train. En arrivant dans cette ville, il rencontre un autre vagabond, connu de lui, avec lequel il s'associe pour vendre des allumettes de contrebande. Il est pincé et condamné à deux mois de prison. A sa libération, il va de nouveau à pied à Nice, puis à Grasse, où il achète tout un attirail de cambrioleur; ainsi muni, il quitte cette ville et est arrêté à Faience pour vagabondage et mendicité. Trouvé porteur de son attirail, il est condamné à trois mois de prison, il en passe deux en cellule pour refus de travail. Libéré, il se dirige à nouveau sur le Midi, travaille huit jours à Avignon, passe en Espagne, où il entre par Le Perthus; il en ressort par Saint-Sébastien, revient à Béziers, est condamné à nouveau à deux mois de prison pour vagabondage. Le lendemain de sa sortie de prison, il devait rejoindre son régiment à Vienne; on lui donne une indemnité de route.

Les huit premiers jours de son service militaire se passent assez bien, mais, le huitième jour, il se saoûle et à la cantine il se permet des privautés envers la cantinière, qui le met à la porte. Dans son ivresse, il veut venger cette offense, monte à la chambrée, prend son fusil, redescend, se trompe de porte, entre chez le commandant, qui le fait arrêter et conduire à la salle de police où il ne reste que huit jours, parce que, dit-il, il était nouveau, sinon, il aurait été puni plus sévèrement. Quelque temps après, il part un dimanche sans permission, pour aller voir ses parents, qui habitent à 18 kilo-

mètres de Vienne; de nouvean, il s'enivre et au lieu de prendre le train ponr Vienne il se dirige sur Saint-Rambert. Arrivé dans cette dernière ville, il remonte dans un autre train qni le conduit à Grenoble, à minuit. Il passe la nuit dans la salle d'attente et prend, à 5 heures du matin, un train qui le ramène à Lyon; arrivé là, il veut continner sur Paris. Heureusement, nn de ses camarades du régiment l'en empêche et le fait monter dans le train de Vienne. Comme il est sans billet et refuse de payer, il est cueilli à son arrivée par deux gendarmes et conduit en prison. Mis en présence de son capitaine, il donne des explications telles qu'il n'attrape que six jours de prison. Quelqnes jours après, il venait de boire 2 litres de vin blanc, lorsqu'il est appelé à la corvée de la cuisine; il ne s'occupe pas convenablement, son sergent le secone et le traite de singe. Pris de colère, il saisit un balai, arrache le manche et en frappe son supérieur. On le conduit en prison. Une fois les vapeurs de l'alcool dissipées, il réfléchit à sa situation et, pour échapper aux conséquences de son acte, il fait le fou, urine dans sa gamelle pleine de sonpe et mange ensuite celle-ci, parle de revenants et fait une tentative de pendaison. Il est conduit à l'hôpital Desgenettes à Lyon; là, il menace, s'agite et on le transfère à l'asile de Bron. On le réforme et, dit-il, « quand je sus que j'étais réformé, je fus guéri ». A quelque temps de là, il quitte l'asile, va dans sa famille, travaille comme terrassier, s'éprend d'une jenne fille, mais l'amour ne peut le retenir; il veut voir l'Allemagne et, repartant à pied, arrive à Besançon, passe par Beaume-les-Dames, Clairval, Héricourt, Belfort, vivant, comme toujours, de mendicité et de vol, entre en Alsace, gagne Dannemarie et Altkirch; là, il est arrêté par la police et ramené à la frontière. Alors, il veut aller en Suisse; arrêté à Berne, il est reconduit à la frontière française. A Mèche, il se dispute avec des paysans et les blesse avec nn contean; mis en prison, il jette une chaise à la tête du juge d'instruction qui l'a fait appeler pour l'interroger, en ayant soin de dire qu'il sort de l'asile de Bron.

On le conduit à Besançon en observation; là, il se livre à des excentricités et on le dirige sur l'asile de

Saint-Ylie, d'où on le transfère à Saint-Robert. Il y reste environ trois mois.

Lorsqu'il sort, il est pris du désir de voir l'Italie, et, toujours dans les mêmes conditions, il traverse les Alpes et descend jusqu'à Naples. Je ne puis le suivre dans cette longue, très longue pérégrination durant laquelle nous le retrouvons, suivant son habitude, mendiant, volant, se faisant mettre en prison. Il revient en France, se fait arrêter à Pézenas, est conduit à Béziers et de là à l'asile de Montpellier.

Telle a été la vie errante de La..., de dix-sept à vingt-cinq ans ; c'est un vagabondage constant; cet homme réalise le prototype du Juif errant. A part le temps qu'il passe en prison ou dans des asiles d'aliénés, il parcourt, on peut dire, constamment les grandes routes, à peu près toujours à pied, très rarement en chemin de fer, manquant d'argent pour s'offrir ce mode de voyager, montant parfois sur une voiture rencontrée ; travaillant à peine quelques jours de-ci de-là, mendiant, maraudant et volant pour subvenir à ses besoins. J'ajouterai qu'il se montrait très ingénieux pour solliciter la charité publique. Parfois, il faisait le manchot, et cela avec une grande habileté, il nous en a donné la démonstration; d'autres fois, il simulait la mutité; d'autres fois encore, il chantait dans les cafés et les rues ou s'associait avec une femme qu'il était sensé endormir et dont il provoquait les réponses à ses questions suivant un thème convenu entre eux. Ses simulations n'étaient pas sans lui attirer parfois des avatars. Un jour, il avait fait le muet et, de ce fait, récolté une somme assez rondelette; suivant son habitude, il s'enivre, et, oubliant sa mutité, il se met à chanter; naturellement, on l'arrête, et il est envoyé en prison.

Le maraudage et le vol lui sont choses familières ; il leur demande ce que la mendicité ne peut lui procurer. Une nuit où il était couché avec un autre chemineau dans un four à chaux, ils voient arriver un autre vagabond, qui s'étend auprès d'eux et meurt dans le courant de la nuit ; ils le dévalisent sans scrupule avant de se remettre en route. Dès qu'il a quelques sous, il boit, et n'arrive presque jamais à réaliser le désir qu'il a parfois de prendre le train. Il fait aussi des excès géné-

siques et ne recule pas devant la pédérastie. Il aime à cheminer avec d'autres trimardeurs ; ils s'entendent d'ailleurs entre eux, dit-il, et se fournissent mutuellement des indications sur les meilleures maisons auxquelles s'adresser pour demander l'aumône.

Mieux que toute description, l'observation de La... permet de se faire une idée précise de la vie errante du vagabond d'habitude, du Juif-Errant, de cet homme qui passe sa vie à courir les grandes routes et pour lequel le travail est un mythe.

Toutefois, il faudrait se garder de croire que cette vie ait, dans tous les cas, la continuité qu'elle a chez La... ; il arrive volontiers que le vagabond, tout en restant vagabond d'habitude, tout en aspirant toujours au déplacement, s'astreigne au travail pendant quelques jours, jusqu'à ce qu'il ait réuni un petit pécule qui lui permette de reprendre sa vie vagabonde.

C'est le cas de Marie, dont j'ai rapporté l'histoire ailleurs. Avenante, intelligente, dégourdie, cette femme trouve facilement du travail, mais dès qu'elle a gagné quelque argent, elle quitte la place où elle est, met sa malle au chemin de fer, et, à pied, parcourt la côte d'Azur, ne s'arrêtant dans ses pérégrinations que lorsque sa bourse est vide, ou même parfois après avoir laissé ses effets en gage. Alors, elle se replace à nouveau et ainsi de suite. Malheureusement, vient un moment où, trop connue dans la région, elle ne trouve plus de travail ; alors elle vole et est condamnée à la prison.

J'ai connu, entre autres, deux excellents ouvriers, l'un chaudronnier, l'autre fabricant de petits tambours d'enfants, qui gagnaient ce qu'ils voulaient dans leurs métiers, mais qui, dévorés par leur désir d'aller ailleurs, quittaient les meilleures places et reprenaient leur vie errante.

C'est le cas encore de cet individu dont Pierre Mille

raconte, avec beaucoup de verve, l'histoire dans un de ses spirituels articles du *Temps* (1). Il s'agit d'un légionnaire libéré qui, ne trouvant plus, comme au régiment, le moyen de satisfaire son besoin de marcher, va à pied de Paris à Mulhouse, refusant le billet de chemin de fer qu'on veut lui procurer, travaillant le long de la route. Une fois arrivé à Mulhouse, il repart pour Belfort et de là pour Toulouse.

Cet homme ne peut se fixer nulle part; suivant la formule de Mille : « il paraît considérer que son but dans la vie, son travail, c'est de marcher ». « On me considère comme trop vieux pour la légion, explique-t-il, ce n'est pas vrai, puisque je sais marcher et que je puis marcher encore dix ans. » Et c'est avec juste raison que Mille fait remarquer que la légion recueille nombre d'individus de même ordre, qui trouvent dans ce régiment la satisfaction de leur besoin de vagabondage.

Les pérégrinations du vagabond d'habitude sont loin d'avoir toujours l'ampleur constatée chez La... ; elles se font souvent dans un espace beaucoup plus restreint. Ainsi, Marie ne quittait pas la côte d'Azur; c'est dans cette région seule qu'elle trouvait plaisir à vagabonder, et je ne sache pas que les deux ouvriers dont je viens de parler aient jamais quitté la France, mais ils ont parcouru celle-ci dans tous les sens.

La vie errante du vagabond d'habitude nous étant connue, il faudrait se garder de croire que tous les vagabonds de cet ordre sont des anormalement développés, des dégénérés; ils peuvent être des individus normaux, des récidivistes, par exemple. Je rapporterai une observation de cet ordre à propos du diagnostic; nous aurons, en effet, à ce moment, à distinguer le vagabondage d'habitude pathologique, que nous étu-

(1) Numéro du 16 mars 1911.

dions, d'avec le vagabondage qu'on peut, par opposition, appeler physiologique, et dont l'étude appartient, je l'ai dit, au sociologue et à l'économiste et non au médecin. Mais je me hâte d'ajouter que les faits sur lesquels j'ai établi la vie errante du vagabond d'habitude appartiennent tous à la pathologie.

II. Le pourquoi du vagabondage. — Les observations que nous avons rapportées, telles celles de La..., de Marie, en nous initiant à la vie errante du vagabond, nous tracent un tableau suffisamment saisissant de la symptomatologie du vagabondage pour n'avoir rien à y ajouter. Le moment est venu d'aborder la seconde question que nous nous sommes posée, celle de la recherche du pourquoi de celui-ci.

Pendant longtemps, j'ai reculé devant cette étude et cela par doute sur la valeur réelle des renseignements que je possédais et qui m'étaient fournis par les vagabonds que j'observais. Certes, je ne doutais pas qu'ils fussent des anormalement développés ; les stigmates physiques et les stigmates psychiques objectifs que je pouvais constater chez eux l'affirmaient. Ainsi, La... est porteur d'anomalies craniennes et faciales et, à côté d'une mémoire remarquable, je pouvais constater chez lui une débilité du raisonnement et du jugement, en même temps que de l'insubordination, de l'irritabilité, une excitation facile, etc... Mais, si les stigmates objectifs m'affirmaient que cet homme était un anormalement développé, ils ne me permettaient pas de pénétrer le pourquoi de son vagabondage ; seuls me le permettaient des renseignements d'ordre subjectif, qu'il me donnait bien, mais que je ne pouvais pas contrôler, et il en était ainsi pour tous les vagabonds que j'observais ; d'où mon hésitation.

Celle-ci devait tomber à la lecture des ouvrages d'un

homme de grand talent, vagabond lui-même et ayant vécu avec des vagabonds, qu'il a étudiés et dont il a fixé l'état d'âme dans des tableaux saisissants. Cet auteur est Gorki. Ses récits ont toute la valeur d'une psychologie vécue et on peut faire fond sur eux comme sur une observation clinique du meilleur aloi. Eh bien, ces récits confirmaient les renseignements que me donnaient les vagabonds observés par moi ; mon hésitation n'avait donc plus de raison d'être ; muni de semblables documents, je pouvais aborder sans crainte l'étude devant laquelle j'avais reculé jusque-là. C'est ce que je vais faire.

Les récits de Gorki, comme les renseignements que me fournissaient mes vagabonds, m'amenèrent à admettre que le pourquoi du vagabondage d'habitude pathologique devait être recherché dans des anomalies psychiques, d'où la nécessité d'étudier ces vagabonds dans ces *anomalies*, dans l'*origine* de celles-ci et dans leurs *rapports avec le vagabondage*.

Anomalies psychiques étudiées en elles-mêmes. — Ces anomalies, les faits les montrent pouvant porter sur l'intelligence, la sensibilité, la volonté. Nous les étudierons successivement dans chacune de ces fonctions.

Intelligence. — Parmi mes vagabonds, je trouve de véritables imbéciles, dont l'arrêt de développement atteint également les différentes facultés intellectuelles. Tel un individu qui, n'ayant pu se fixer à aucun métier, s'est fait chiffonnier, et court, en cette qualité, à travers le département, sans domicile fixe, mendiant, volant et se livrant à des actes immoraux sur des enfants.

Cependant, le plus généralement, il n'en est pas ainsi, le vagabond occupe dans la hiérarchie intellectuelle un rang beaucoup plus élevé ; il peut même avoir une portée intellectuelle supérieure à la normale,

tel Gorki ; seulement, il existe une désharmonie dans le développement et, par suite, dans le fonctionnement de ses diverses facultés. Tandis que chez lui les facultés d'assimilation et de fixation sont développées normalement, parfois même sont plus développées qu'à la normale, le raisonnement et le jugement sont débiles. C'est le cas de La... Cet homme a une réelle facilité d'acquisition et une mémoire qui lui permet de me promener à travers les années de sa vie errante, en me narrant, jour par jour, les principaux endroits qu'il a traversés, les villes, les villages, les fermes même où il a couché, en me donnant des détails sur ce qui s'est passé au cours de ses pérégrinations, etc., etc... Mais, à côté de cette mémoire aiguisée et toujours fraîche, La... pèche par un raisonnement et un jugement qui ont quelque chose d'enfantin. Tel est encore le cas de Marie, et, d'une manière générale, de tous les vagabonds qu'il m'a été donné d'observer.

Telle est aussi la caractéristique intellectuelle de ceux de Gorki (1).

Un de ses traducteurs, Ivan Stramick (2), la met bien en relief quand il dit : « Enfin, et c'est peut-être l'explication dernière de tant de contradictions et d'incohérences, toute cette philosophie et toute cette spontanéité ont, chez ces vagabonds, quelque chose d'enfantin. »

A ces anomalies intellectuelles s'en ajoutent volontiers deux autres, que nous retrouverons plus loin : un défaut de fixation de l'attention et une exaltation de l'imagination, du moins en ce qui concerne le vagabondage.

Sensibilité morale. — Les *sentiments tendres*, affec-

(1) Gorki. *Les vagabonds*. Préface du traducteur, p. 43.
(2) Gorki. *Ibid.*, p. 44.

tion, bonté, pitié, etc., sont loin d'avoir, chez tous les vagabonds, le même degré de développement.

Parfois, ils sont complètement atrophiés ; c'est le cas du chiffonnier dont je parlais tout à l'heure ; cet homme est aussi imbécile, sinon plus, moralement qu'intellectuellement. Les cas de cet ordre sont rares ; le plus souvent les sentiments tendres se développent, incomplètement dans certains cas, complètement dans d'autres.

Incomplètement, tel La..., dont la débilité à cet égard ne s'affirme pas moins que celle de son raisonnement et de son jugement.

Complètement, Gorki en est un exemple ; de même un de ses héros, Yémélian Pilaïe. Cet homme voit venir à lui une jeune fille qui, dans son désespoir, veut se noyer ; pris de pitié, il l'en empêche, la console, la reconduit chez lui, et, trop heureux de l'avoir arrachée à la mort, refuse l'argent qu'elle lui offre.

De même que tous les vagabonds ne se ressemblent pas en ce qui concerne le développement des sentiments tendres, de même tous ne se ressemblent pas en ce qui concerne le développement des *sentiments mauvais*. Toutefois, en dehors des invertis moraux, que j'étudierai plus tard, ces derniers sentiments ne s'étalent pas en une floraison touffue, mais on en rencontre toujours quelques-uns. Chez tous, je retrouve une facile vibration de la *colère*, laquelle atteint volontiers un degré considérable. C'est, pour m'en tenir à ces deux exemples, le cas de La... et celui de Yémélian Pilaïe, dont je parlais tout à l'heure. Au moment où ce dernier voit venir à lui la jeune fille qu'il sauve du désespoir, il était ivre de colère et de fureur et se préparait à tuer un homme, et La... monte sur ses ergots et rougit comme un coq à la moindre contrariété.

Comme la facile colère, la *paresse* serait, pour la plupart des auteurs, à la base du vagabondage d'habitude.

C'est là, à mon sens, une affirmation trop absolue. La paresse, chez eux, est plus apparente que réelle ; s'ils ne travaillent pas, c'est :

Ou bien, par suite du genre de vie qu'ils mènent, de leur besoin incessant de déplacement qui les empêchent de se fixer. Tel La..., qui, pendant huit ans, n'a rien fait, et qui, dans notre milieu hospitalier, se prête assez volontiers à ce qu'on lui commande ;

Ou bien, par suite de leur égotisme et de leur amour de la liberté qui leur fait regarder le travail comme un esclavage.

Mais voici qu'à côté des sentiments mauvais que je viens d'indiquer, on constate volontiers certaines appétences. Parfois acquises, elles sont d'autres fois liées à la constitution psychique elle-même. Parmi elles, je retiendrai seulement l'*appétence pour les boissons*. Elle existait chez tous les vagabonds que j'ai observés et, chez tous, elle remontait à l'enfance. Dès l'âge de dix ans, La... était attiré par les boissons alcooliques, et, depuis lors, dès qu'il a quelques sous, il s'ivrogne.

Yémélian Pilaïe (1) va nous dire quel degré d'intensité cette appétence peut atteindre : « Hé! petit frère, si la mer m'avait jeté 1.000 roubles!... J'aurais immédiatement ouvert un cabaret! je t'aurais engagé comme aide, je me serais installé un lit sous le comptoir et, du tonneau, j'aurais fait descendre un tuyau aboutissant à ma bouche. Aussitôt que j'aurais voulu boire de la source de joie et de plaisir, je t'aurais commandé : Maxime, ouvre le robinet! et... glou-glou glou... au fond de ma gorge. Avale bien Yémélian! Cela aurait été une bonne affaire, que le diable m'étrangle! »

La *conscience* est souvent très atteinte. La..., par exemple, affiche avec complaisance son absence de

(1) Gorki. *Dans la Steppe. Yémélian Pilaïe.*

« remords ». Un des vagabonds de Gorki dit que les dents de sa conscience ne lui ont jamais fait grand mal et, quand on l'engage à se corriger, il répond, montrant ainsi qu'elle est bien muette et que seule sa raison intervient dans ses déterminations : « Comment, me corriger? Mais je vis en paix avec moi-même, la raison et les sentiments sont chez moi une seule et même chose et la parole et l'action sont en pleine harmonie. »

Ce mutisme de la conscience peut tenir à un arrêt de développement au même titre que l'atrophie des sentiments tendres, ainsi chez le chiffonnier vagabond dont j'ai dit l'imbécillité morale et intellectuelle; mais je me demande s'il en est toujours ainsi et s'il n'est pas dû parfois à la vie menée par le vagabond, vie bien faite pour éteindre les vibrations de la sensibilité morale, ainsi que le montre l'observation de X..., un vagabond physiologique dont je rapporterai plus tard l'histoire à propos du diagnostic.

Quoi qu'il en soit de ce dernier point, que je ne puis fixer d'une manière précise, l'absence de vibrations de la conscience me paraît être la règle chez les vagabonds auxquels le médecin a plus particulièrement affaire, c'est-à-dire chez ceux soumis à son examen à la suite de quelque acte délictueux. Cependant, même ici, il faudrait se garder de généraliser. Gorki nous montre, en effet, à côté de vagabonds dont la conscience ne vibre pas, d'autres vagabonds chez lesquels il n'en est pas ainsi. Exemple (1) :

Deux d'entre eux se sont associés pour ne pas mourir de faim ; ils dérobent à un paysan une rosse qu'ils tueront et dont ils vendront la peau; ils auront là quelque argent qui servira à apaiser leur faim. Le vol commis, l'un d'eux est pris de remords ; il les fait par-

(1) Gorki. *Caïn et Arthème. Un étrange compagnon.*

tager à son compagnon et ils décident d'un commun accord de laisser le cheval à son propriétaire.

La vibration des sentiments altruistes chez un grand nombre de vagabonds prouve que l'*égoïsme* n'est pas le fait de tous ; lorsqu'il existe, il est plus ou moins marqué suivant le degré de développement de ces sentiments. Mais si l'égoïsme n'est pas constant, il n'en est pas de même de l'*égotisme* que je retrouve chez tous mes vagabonds et que Gorki signale aussi de son côté chez les siens.

Il s'affirme nettement chez La... Cet homme se vante de son intelligence, de son habileté, de sa vigueur physique. Il n'a peur de rien et se sent de taille à résister à tous les éléments.

Je pense, dit Promtoff (1), que la vie est étroite, et moi je suis large. « Ils (les vagabonds) se posent vaillamment en face de la vie avec la joie de la dompter et de la maîtriser. Ils ont passionnément confiance en eux et, malgré tous les échecs, ils se savent des héros. » « Il y aussi une grande beauté, dit Promtoff, dans la croyance que j'éprouve à être détaché des hommes, à comprendre clairement la solidité et la hauteur de cette muraille de péchés que j'ai librement élevée entre eux et moi. Et il y a beaucoup de douceur et de piquant à courir le danger perpétuel d'être découvert, roué de coups et mis en prison. »

Egotiste, le vagabond est en même temps *inapte à s'adapter au milieu social.* Tous les vagabonds de Gorki proclament cette inadaptation. « Je suis un être à côté de la vie », dit l'un d'eux, et, parlant de ses congénères, il ajoute : « Nous sommes des gens à part et n'entrons pas dans l'ordre de la vie. » « Il n'y a pas d'autres lois que celles qui sont en moi », dit un autre, et un troi-

(1) Gorki. *Caïn et Arthème. Un étrange compagnon.*

sième clame l'impossibilité où il est de s'enfermer dans le cadre des conventions sociales : « Je suis né et j'ai été élevé en dehors de cette société et, pour cette raison qui m'est spéciale, je ne puis accepter sa culture par fortes doses, sans bientôt éprouver la nécessité de sortir de son cadre. » Tous les vagabonds que j'ai pu observer parlent dans le même sens. C'est le propre, en particulier, de La... ; on se souvient, à cet égard, de ce qu'a été cet homme comme soldat et il nous dit le plaisir que lui cause le vagabondage en le rendant libre de toute entrave.

Cette inadaptation au milieu social, nous la retrouverons plus tard à propos de l'inversion morale dont elle est un des éléments, et nous verrons que, comme celle-ci, elle est intimement liée à la constitution même du sujet et plonge ses racines dans l'hérédité.

Unie à l'égotisme, elle fait comprendre que les vagabonds soient non seulement *asociables*, mais volontiers en révolte contre la société et ses lois, c'est-à-dire *antisociables* et révolutionnaires : « Il n'y a pas d'autres lois que celles qui sont en moi », dit Promtoff (1).

Mais voici qu'à côté de cette inadaptation existe chez le vagabond un véritable *besoin de grand air, de parcourir l'espace*, que La... traduit d'une façon très précise : « Quand je suis enfermé en prison, me dit-il, je deviens inquiet, et mon inquiétude va jusqu'aux idées de suicide, non pas que la prison produise en moi cette peur, cette angoisse dont vous me parlez (claustrophobie), mais mon esprit vagabonde constamment en dehors et j'ai un véritable besoin de le suivre effectivement et de voir du nouveau, j'ai besoin de grand air, de liberté ; oh ! être libre, être séparé de la société, que c'est bon ! J'ai besoin de voir du nouveau. Quand nous

(1) Gorki. *Caïn et Arthème.*

sommes plusieurs vagabonds dans une même prison, nous parvenons à tromper notre ennui en nous racontant notre vie errante, mais bientôt, inquiétude et besoin reviennent et ils ne disparaissent que lorsque j'ai reconquis ma liberté et que je puis aller là où l'idée me dit d'aller; mais alors quelle joie et quel contentement! »

Eh bien, chez tous les vagabonds de Gorki je retrouve les mêmes besoins, la même inquiétude que chez La..., le même contentement dans le vagabondage.

a) *La même inquiétude.* — Makav Tchoudra, par exemple, éprouve en prison un ennui allant jusqu'aux idées de suicide, jusqu'à l'envie de s'étrangler avec sa ceinture. D'ailleurs, l'inquiétude, qui me paraît faire partie, d'une manière générale, de l'âme slave, est si marquée chez les vagabonds russes que leurs aspirations en sont imprégnées : « Si j'avais pu savoir ce que je veux..., dit Malva, j'ai toujours envie de quelque chose. Je veux... quoi? Je ne sais pas. Parfois je voudrais sauter dans un bateau et aller sur la mer, loin, loin... Et, d'autres fois, j'aurais voulu faire de tous les hommes des toupies qui tourneraient, tourneraient devant moi... Je les regarderais et je rirais... Tantôt j'ai pitié de tout le monde et surtout de moi-même; tantôt je voudrais tuer tout le monde et puis moi-même... d'une mort horrible. Et je m'ennuie. »

b) *Les mêmes besoins.* — Tous proclament leur amour de la liberté, leur besoin de se dégager de tous les liens sociaux. « C'est une volupté, dit l'un d'eux, de se sentir affranchi de tous les détails minuscules qui se collent en si grand nombre sur votre vie et qui en font, au lieu de la joie qu'elle devrait être, un fardeau ennuyeux, une charge insupportable. » Et cet affranchissement, c'est le vagabondage qui le leur donne. Aussi, comme ils l'aiment! « J'aime cette vie vagabonde, mon ami. On

souffre du froid, de la faim, mais on est libre, on n'a pas de maîtres !... Tu peux, s'il t'en prend la fantaisie, avaler ta propre tête, personne n'aura un mot à dire !... comme c'est bon !... »

Ils ont si peur de toute contrainte sociale que, même malades, ils préfèrent rester à la belle étoile que d'entrer à l'hôpital. La..., atteint d'une fièvre intense, est resté plus de huit jours couché derrière un mur, se contentant d'un peu d'eau ou de tisane que lui apportaient les soldats d'une caserne voisine. Un petit Russien, mal vêtu, couché à l'entrée d'une excavation, secoué par la fièvre, se tord comme un ver sur la terre, toussant, crachant, ne pouvant trouver le sommeil. Le vagabond se traîne ainsi parfois au dehors, jusqu'à la mort, tel celui qui vient mourir dans un four à chaux où étaient couchés La... et un autre trimardeur.

Le travail lui-même est pour eux un esclavage et ils prennent en pitié ceux qui s'y assujettissent : « Tous travaillent, dit Makav Tchoudra, Pourquoi ? Pour qui ? Personne ne le sait. Tu vois un homme qui s'éreinte à labourer et tu penses : goutte à goutte, il épuise sa force et sa vie pour cette terre, une fois il y sera couché et y pourrira. Rien ne restera de lui, il ne verra rien de son champ, et il mourra comme il était né, imbécile. Eh bien, était-il né pour éplucher la terre et pour mourir n'ayant pas même eu le temps de se creuser une fosse ? Est-ce qu'il connaît la liberté ? Comprend-il l'immensité de la steppe ? Le langage des vagues de la mer réjouit-il son cœur ? Non, il est esclave comme à sa naissance et toute sa vie il restera esclave. Voilà tout ! Que peut-il faire de lui-même ? S'étrangler seulement s'il est un peu intelligent. »

Tous ont le désir de voir du nouveau. C'est ce désir qui aiguillonne les vagabonds de Gorki ; l'un d'eux s'exprime ainsi à ce sujet : « Il y a ici-bas des gens qui

sont nés probablement du Juif errant. Leur originalité consiste en ce qu'ils ne peuvent jamais trouver une place sur la terre où se fixer. Ils ont la démangeaison de quelque chose de neuf. »

Et cette démangeaison actionne les vagabonds de Meige à la recherche d'un remède à leurs maux. La..., à la suite généralement d'une conversation avec un autre vagabond qui lui raconte avoir vu telle ou telle chose qu'il n'a pas vue lui-même, part pour la voir.

c) *Le même contentement dans le vagabondage.* — Ils en oublient leurs souffrances et, pour peu que leur imagination s'en mêle, cela devient du lyrisme : « Quelle nuit! dit l'un d'eux, que d'étoiles! Quelle douce nuit! Quel ciel magnifique! J'ai souvent souffert la faim, ces jours-ci, j'étais enragé.., mais maintenant je suis couché, je regarde le ciel, les étoiles me clignent de l'œil, comme pour me dire : ne perds pas courage, mon ami Lakoutine, va toujours plus loin, ne crains personne, oui, oui, cela fait du bien au cœur. »

On comprend, par suite, que le vagabondage soit pour le vagabond ce qu'il y a de mieux et résume la vie.

« Que de qualités, que de courage il faut, dit La..., pour être vagabond! Il ne faut rien craindre, ni le soleil, ni la faim; il faut être dur à la souffrance. C'est, en outre, la carrière de la plus pure fraternité, car les vagabonds s'aident entre eux. » De son côté, Makav Tchoudra, après avoir exalté le vagabondage, s'exprime ainsi :

« Nomme-moi les pays dans lesquels je ne suis pas allé? Tu ne pourrais pas. Tu ne connais même pas l'existence des contrées où j'ai passé. C'est ainsi qu'il faut vivre : marche, marche toujours et c'est la vie. » Et ailleurs : « Alors tu marches? C'est bien! Tu t'es choisi un joli lot, mon farceur. C'est ainsi qu'il faut faire;

marche et regarde. Et quand tu auras tout vu, couche-toi et meurs. C'est tout. »

La satisfaction que le vagabondage apporte aux vagabonds est, chez certains d'entre eux, doublée par celle que leur procurent la nature et la beauté des lieux qu'ils traversent. C'est ce qu'expriment nettement plusieurs vagabonds de Gorki; j'ai cité tout à l'heure le lyrisme de l'un d'eux à cet égard. Parfois même, c'est pour obtenir cette dernière satisfaction que l'individu vagabonde, telle Marie, dont la physionomie, bien des années après sa séquestration, s'éclaircit encore au souvenir de ses pérégrinations à travers les enchantements de la Côte d'Azur.

D'autres fois, au contraire, le vagabond reste à peu près insensible à ce qu'il voit; ainsi La... n'est guère préoccupé que par le but à atteindre. Cette différence tient à l'éducation et au plus ou moins d'exaltation de l'imagination.

Comme tout besoin pathologique, celui de vagabondage n'a pas toujours la même intensité d'attraction.

Chez certains vagabonds, il va jusqu'à l'irrésistibilité : « Il y a, dit Promtoff, quelque chose d'irrésistible dans le vagabondage. »

Chez d'autres, l'attraction est moindre et nullement irrésistible. « Pour ma part, disait un jour M. Laguerre, au Groupe de psychologie morale et criminelle, je comprends très bien ce besoin (le besoin de vagabondage) et, si j'étais né dans un autre milieu, je ne sais pas trop si je n'aurais pas eu ce goût. Je suis entré très jeune dans l'administration; j'ai fait vingt-trois résidences, quelques-unes de par la volonté de mes chefs, mais le plus souvent sur ma demande. Lorsque j'étais plus jeune, l'idée de demeurer quatre ou cinq ans dans le même pays m'aurait rendu malheureux. Plus pauvre,

j'aurais été vagabond ; plus riche, j'aurais été explorateur (1). »

Chez d'autres encore, l'attraction reste exclusivement dans le domaine de l'imagination ; ce sont ceux qu'on peut appeler les vagabonds en chambre.

Chez tous les vagabonds d'habitude, l'attraction est loin d'aller jusqu'à l'irrésistibilité et, ici, je trouve très juste la remarque de M. Laguerre disant qu'un besoin d'intensité égale dans son fond s'exagère suivant les milieux. « Donnez-moi des rentes, me dit La..., et vous verrez que si je me paie souvent des voyages en chemin de fer, je saurai me contenter souvent aussi d'un bon fauteuil au coin du feu. » Seulement, une fois pris dans l'engrenage du vagabondage, le vagabond pathologique voit son besoin entretenu par l'habitude. Toutefois, si, chez le Juif-Errant, les conditions sociales et l'habitude jouent un rôle dans le vagabondage, ce rôle est secondaire par rapport à celui joué par le besoin lui-même. A peine un voyage terminé, La... en entreprend un autre, attiré par quelque chose de nouveau à voir.

« Durant ses marches journalières, Leuka aimait à regarder en avant, là où la voûte des cieux s'appuyait sur la large poitrine des plaines... Et il s'imaginait voir de grandes villes merveilleuses, peuplées de gens si bons et si charitables, qu'il n'y avait jamais besoin de leur demander du pain : ils en donnaient d'eux-mêmes à qui en voulait... Et quand la steppe, toujours plus large, se déroulait devant ses yeux et laissait apparaître le bourg connu, dont les bâtiments et les gens ressemblaient à tout ce qu'il avait déjà vu auparavant, il devenait triste et ressentait comme une offense de cette duperie. Mais, le jour suivant, la steppe large et libre se déroulait de nouveau devant lui ; et, de nouveau,

(1) Cité par Marie et Meunier. *Loc. cit.*, pp. 23 et 25.

il pensait que là-bas, loin, bien loin, il y avait d'autres villes, d'autres gens meilleurs que ceux-ci... (1). »

Même chez les vagabonds qui, comme Marie, se soumettent par périodes au travail, la démangeaison du vagabondage continue à se faire sentir pendant ces périodes et ils n'aspirent qu'au moment où ils pourront repartir.

Si j'ai réussi à traduire convenablement ce qu'est le besoin de vagabondage, il apparaîtra, sans conteste, qu'il est purement psychique, que le côté moteur n'y joue aucun rôle. Ce n'est nullement, en effet, pour satisfaire quelque fringale musculaire que marche le vagabond d'habitude constitutionnel, mais simplement pour donner satisfaction à une attraction psychique. C'est ce qu'indique, d'ailleurs, très nettement La... lorsque je l'interroge à ce sujet : « Tout part de là, me dit-il, en portant la main à son front, je n'ai pas d'envie musculaire de marcher. » Aussi, si la marche s'impose à ceux qui, comme Marie, veulent jouir des beautés de la nature, les autres, quand ils ont de l'argent, ne demandent pas mieux que de prendre un autre moyen de locomotion. « Depuis quatre ans, disent Marie et Meunier, nous avons perdu de vue un de nos amis qui, à la façon de *Peer Gynt* d'Ibsen, déambule à travers le monde à la recherche du printemps ou de la neige suivant son caprice du moment. Ce vagabond extra-légal, et non moins vagabond pour cela, s'intitule du reste, en plaisantant : *Citoyen de la République internationale des wagons-lits.* »

Est-ce à dire que, dans certains cas, au besoin psychique ne puisse s'ajouter un besoin moteur? Nous retrouverons plus loin des exemples de cette combinaison ; mais elle n'est nullement nécessaire pour expliquer le vagabondage que nous étudions.

---

(1) Gorki. *Dans la Steppe, Grand-père Arkhip et Leuka.*

Et ainsi se complète l'étude des éléments qui entrent dans la constitution psychique du vagabond. Cependant d'autres veulent encore être signalés.

C'est une *insouciance du lendemain*. De quoi vivront-ils demain? Ils n'en ont cure. Cette insouciance veut être notée, car il est possible que ce soit elle qui distingue le vagabond, sans feu ni lieu, du forain. Je demandais, un jour, à un de ces derniers, homme fort intelligent, dont le père occupait dans les chemins de fer une situation importante, et qui, lui aussi, aurait pu, dans ce même milieu, avoir une situation non moins bonne, pourquoi il l'avait abandonnée pour aller courir ainsi les foires à vendre des bonbons. « Parce que, me dit-il, je ne puis m'astreindre à un travail qui fait de moi, sinon un esclave, du moins un subordonné, j'ai besoin d'être mon maître et j'ai besoin de mouvement. Voyez, je ne puis rester assis derrière ma table, il faut que je navigue, et les changements que me procurent les différentes foires où je vais me font plaisir; de plus, j'aime le mouvement de la foire, ses bruits, ses musiques discordantes. Quand je n'entends plus tout cela, je deviens triste. » Causant alors avec lui des vagabonds, il m'en signale quelques-uns, et comme je m'étonnais que, lui aussi, avec ses instincts, n'ait pas erré comme eux : « Je ne pourrais pas, me répondit-il. Il faut avoir l'insouciance du lendemain ; cette insouciance, les errants l'ont, tandis que moi, le lendemain me préoccupe. Je ne pourrais pas vivre si je ne savais pas avoir demain de quoi manger et un endroit où me coucher. »

C'est de l'*instabilité* qui se traduit dès l'enfance sous forme de difficulté de fixer son attention, et souvent, dès ce moment déjà, sous forme de besoin de déplacement (le futur vagabond faisant l'école buissonnière), puis, plus tard, de difficulté à se tenir à un métier. C'est le cas de La..., de Gorki, etc.

C'est une grande *mobilité des sentiments* qui font que le vagabond passe en un instant de la colère à la pitié et de la pitié à la colère. Tel Yémélian Pilaïe. Cet homme attend dans un véritable accès de fureur son ennemi pour le tuer ; vient à passer une jeune fille désespérée, immédiatement la colère fait place à la pitié, et à peine a-t-il quitté cette femme que, sur une remarque d'un agent de police, il se remet aussitôt en colère.

C'est chez beaucoup *une exaltation facile de l'imagination*; chemin faisant nous en avons vu des cas.

C'est de l'*inquiétude*. J'ai dit d'ailleurs les aspirations inquiètes et contradictoires qui peuplent l'âme des vagabonds russes observés par Gorki. Cette inquiétude, se traduisant sous forme d'hypocondrie, est non moins grande chez les névropathes de Meige. Je la retrouve aussi volontiers chez les vagabonds que j'ai observés, mais chez eux elle n'est pas continue, elle revient par périodes, ainsi chez La... C'est d'ailleurs aussi sous cette modalité que Gorki nous la montre : « Vois-tu, dit Konavalow, quelquefois l'ennui me prend. Un tel ennui, mon ami, un tel ennui que je ne puis plus vivre, absolument plus. C'est comme si j'étais seul d'homme au monde et que, en dehors de moi, rien de vivant n'existât. Et tout me devient alors odieux, tout, tout! Et je me suis à charge, et tous les êtres, qu'ils meurent tous, cela me serait égal. » Toutefois qu'on ne croie pas que chez tous cet état d'inquiétude atteigne cette intensité, loin de là ; elle se traduit généralement par un caractère sombre, sournois, facilement irritable.

Volonté. — Ce qui me frappe, c'est l'emprise qu'a le besoin de vagabondage sur la volonté. Lorsque ce besoin parle avec quelque énergie, il fait taire tous les sentiments.

La... aime une jeune fille ; mais il sacrifie sans hésitation son amour à son besoin de vagabondage.

Près d'une haie, au bord d'une route, dans la brume du petit jour, deux voix échangent des paroles d'adieu : « N'insiste plus, Motria, je ne resterai pas, il n'est pas en ma puissance de rester. Je partirai. — Et moi, que ferai-je sans toi? — Eh ! Motria, plusieurs filles déjà m'ont aimé, et je leur ai dit adieu. Elles se sont mariées. Il m'arrive parfois d'en rencontrer une ; je regarde, je n'en crois pas mes yeux ; est-ce celle-là que j'ai caressée? Aïe, aïe... Non Motria, ce n'est pas mon sort de me marier ! je ne changerai pas ma destinée ni contre une femme, ni contre une maison. Je suis né, dit-on, sous une haie et c'est ainsi que je mourrai probablement. Je m'ennuie à la même place. — Et moi? — Toi, je te laisserai ici, tu épouseras le veuf Tchekmariev ; c'est un brave moujik. Moi, j'irai mon chemin, toi le tien, comme le voudra le sort. A quoi bon tant causer? Embrasse-moi encore une fois, ma colombe. — Oh ! mon Kousi? — Nous nous sommes rencontrés par amour, et maintenant il est temps de nous quitter avec amour. Tu dois vivre, et moi aussi. Il n'est pas juste de nous entraver. Il faut vivre comme ceci et comme cela, de toute la largeur de la vie. Et toi, tu gémis, petite sotte. Souviens-toi plutôt ; était-ce doux nos baisers ? »

Le vagabond ne comprend pas qu'on puisse lui demander de sacrifier sa liberté. Tel Konovaloff. Il s'est pris de pitié pour une fille publique et veut la libérer ; pour cela, il travaille et lui envoie l'argent qu'il gagne. Il réussit, elle vient le rejoindre, pensant vivre avec lui. A cette idée Konovaloff s'insurge : Comment, parce qu'il a eu pitié, il serait maintenant obligé de se lier à elle ! que nenni, il ne peut consentir à cela ; c'est au-dessus de ses forces, il ne peut pas entreprendre sem-

blable chose. « Qu'elle pleure, c'est mauvais, bien sûr, mais comment faire aussi? Je ne peux pas. »

Le besoin de vagabondage pèse donc d'un grand poids sur la volonté; mais celle-ci elle-même est faible dans beaucoup de cas et son degré de faiblesse est en rapport avec le degré d'arrêt de développement intellectuel et moral.

Multiples, on le voit, sont les anomalies psychiques que peut présenter le vagabond d'habitude. Nous avons trouvé successivement : la débilité du raisonnement et du jugement, l'atrophie plus ou moins complète des sentiments tendres et de la conscience morale, l'hyperesthésie de certaines passions et appétences, l'égoïsme, l'égotisme, l'inadaptation au milieu social, l'insouciance du lendemain, l'amour de la liberté, le besoin d'espace et de voyage, l'inquiétude, l'instabilité, le servage de la volonté.

Anomalies psychiques étudiées dans leur origine. — Ces anomalies nous étant connues dans leur modalité, demandons-nous ce qu'elles représentent pathologiquement.

Sauf une, le besoin de grand air et de parcourir l'espace, le besoin, peut-on dire, de vagabondage, toutes les autres, qu'il s'agisse des anomalies intellectuelles ou morales, sont bien connues en pathologie; elles font partie de ce que l'on appelle les stigmates psychiques de la prédisposition ou, si l'on préfère, les stigmates psychiques de la dégénérescence. Insister sur ce point est inutile, tant il est actuellement connu de tous et admis par tous.

En est-il de même du besoin proprement dit de vagabondage? L'autobiographie (1) de Gorki va nous répondre à ce sujet.

(1) D'après S. M. Persky. *Dans la steppe*, préface p. 2 et séq.

Après la mort de sa mère, son grand-père le place dans un magasin de chaussures. Il avait alors neuf ans, savait lire et écrire. La vie y était dure. Un jour, ayant eu les mains grièvement brûlées, il se sauve et entre comme apprenti chez un dessinateur ; mais, bientôt, il quitte cette place et en retrouve une autre dans l'atelier d'un peintre d'icones. Ensuite, il devient marmiton sur un bateau à vapeur, puis garçon jardinier. Il avait alors quinze ans. Tout en pratiquant ces divers métiers, il profitait de chaque moment de liberté pour lire tout ce qui lui tombait sous la main. Pris d'un désir féroce de s'instruire, il part pour Kazan, pensant pouvoir acquérir les sciences gratis. Vite détrompé, il entre comme garçon boulanger dans une fabrique de « craquelius ». Là il lie connaissance avec des vagabonds et des va-nu-pieds. Ils étaient compères et compagnons et vécut quelque temps au milieu d'eux. Il travaille ensuite comme chargeur dans un port, puis comme scieur de bois. Ces divers travaux dépassaient ses forces et se voyant dans l'impossibilité de poursuivre ses études, il est pris de désespoir, il fait une tentative de suicide qui le laisse infirme. — « Je fus, écrit-il à ce sujet, malade autant qu'il le fallait ; mais je continuai de vivre pour vendre des pommes. » Il quitte alors Kazan et va à Travitzin, où il obtient une place de garde-barrière ; appelé à faire son service, il retourne dans sa ville natale. Après de nouvelles et nombreuses étapes, il trouve une place de secrétaire chez un avocat, où il a une vie tranquille et heureuse, la possibilité de s'instruire et de diriger ses lectures. Cela ne lui suffit pourtant pas longtemps ; deux ans plus tard, son humeur inquiète le jette de nouveau dans la vie errante. Alors il vagabonde, arpente la Russie en tous sens, faisant tous les métiers ; toujours à pied, il se rend au Caucase, il travaille à Tiflis dans les ateliers de chemins de fer,

y reste deux ans pour recommencer ses vagabondages. A vingt-cinq ans environ, il retourne à Nijn-Novgorod, sa ville natale...

Certes, les conditions familiales défectueuses où, très jeune, s'est trouvé Gorki, peuvent avoir influé sur le décousu de sa vie ; mais il n'en est pas moins vrai, son autobiographie le prouve, que, de bonne heure, il a eu une attirance très nette pour la vie vagabonde, attirance dont l'importance s'affirme nettement dès l'adolescence.

Je retrouve semblable chose chez La... Indiscipliné, orgueilleux, sa famille ne dirige pas suffisamment son éducation et il lui arrive de faire plus souvent que de raison l'école buissonnière pour aller vagabonder et marauder. A douze ans, son père le place à la campagne chez un fermier, mais le travail lui pèse, il est fatigué d'être gouverné et grondé ; alors il part pour Lyon et il devient, vers l'âge de dix-sept à dix-huit ans, le vagabond que l'on connaît.

Parfois, le *désir de vie errante* existe dès l'enfance.

Depuis l'âge de huit ans, L..., François, faisait presque tous les jours l'école buissonnière, préférant courir sur les chemins que de rester en classe, où, disait-il, il s'ennuyait à mourir. Il occupait alors la plus grande partie de ses journées à rôder dans Calais où il se rendait facilement depuis Saint-Pierre qu'il habitait avec sa famille.

Comme les autres anomalies psychiques constatées chez le vagabond, le besoin de grand air, celui de parcourir l'espace est donc, lui aussi, un stigmate psychique de dégénérescence, de sorte que toutes ont une commune origine : toutes sont liées au développement de l'individu et représentent autant de stigmates psychiques de prédisposition ou de dégénérescence.

Le vagabond d'habitude d'ordre pathologique rentre

ainsi dans la grande classe des anormalement développés. J'ajouterai que, comme ceux-ci encore, il est, dans l'immense majorité des cas, un héréditaire. Le père de François est un alcoolique, une hérédité mentale pèse sur La..., et un vagabond de Gorki, pour expliquer le pourquoi de son état d'esprit et de celui de ses congénères, dit : « Nos mères nous ont enfantés dans une mauvaise heure, voilà tout. »

Anomalies psychiques envisagées dans leurs rapports avec le vagabondage. — L'étude analytique des différentes anomalies psychiques qu'on rencontre chez le vagabond nous a déjà montré qu'il existe un rapport étroit entre certaines d'entre elles — tel le besoin de grand air et de parcourir l'espace — et le vagabondage ; le moment est venu de rechercher et d'attribuer à chacune d'elles le rôle qui lui revient dans la réalisation de ce dernier. De cette étude, découlera tout naturellement le pourquoi de celui-ci.

Parmi les anomalies que nous avons rencontrées, il en est dont l'inconstance même prouve que leur rôle est sans importance dans le déterminisme du vagabondage ; ainsi l'égoïsme, l'atrophie des sentiments tendres et de la conscience morale, l'hyperesthésie de certaines appétences. Seules, les anomalies constantes sont susceptibles d'entrer en ligne de compte dans ce déterminisme.

Ces dernières anomalies sont, on s'en souvient, la débilité du raisonnement et du jugement, l'instabilité, la colère, l'égotisme, l'inadaptation aux conventions sociales, le besoin de liberté, le besoin de grand air et de parcourir l'espace, le désir de voir du nouveau, l'inquiétude, l'insouciance complète du lendemain, le servage de la volonté. Or, lorsque je les étudie dans leurs rapports avec le vagabondage, je vois chacune

d'elles avoir un rôle variable et, par suite, une importance variable dans la réalisation de celui-ci. Elles se divisent à ce point de vue en trois groupes :

Les unes sont les causes directes du vagabondage qu'elles provoquent et actionnent ;

Les autres favorisent l'action des causes précédentes ;

Les troisièmes n'ont rien à voir avec le vagabondage pris en lui-même, mais expliquent certaines particularités de la manière d'être psychique du vagabond envisagé en dehors de son vagabondage.

Causes directes. — Ce sont le besoin de grand air et de parcourir l'espace, l'inadaptation aux conditions sociales, l'amour de la liberté, le désir de voir du nouveau, c'est-à-dire un ensemble d'attractions et de répulsions qui toutes demandent satisfaction et qui toutes, nous l'avons vu, trouvent cette satisfaction dans le même acte, le vagabondage, d'où une communauté d'action de leur part pour provoquer une détermination et un vouloir dans ce sens.

Mais si ces diverses causes travaillent toutes dans la même direction, il est certain que chacune d'elles y travaille plus ou moins activement et d'une manière plus ou moins continue. Celle qui a l'activité la plus grande, les faits nous l'ont montré, est le besoin d'espace et de déplacement ; celles qui me paraissent avoir le plus de continuité d'action sont l'inadaptation au milieu social et l'amour de la liberté ; l'activité de ces dernières causes est, en effet, pour ainsi dire, de tous les instants et, par conséquent, non seulement elles renforcent mais elles entretiennent l'action des autres attractions, ce qui explique la continuité possible du vagabondage.

Causes favorisant l'action des causes directes. — Parmi ces causes, mérite d'être signalée en première ligne l'instabilité, qui constitue, on le comprend aisé-

ment, un terrain favorable à l'action des causes directes ; puis, viennent la débilité du raisonnement et du jugement et le servage de la volonté qui rendent difficile la résistance à l'attraction.

Causes expliquant certaines particularités de la manière d'être psychique du vagabond. — Le vagabond n'est pas seulement un errant, c'est encore un individu incapable de se soumettre à un travail régulier et continu, souvent même à aucun travail et qui devient volontiers rebelle aux lois. Ces manières d'être psychiques s'expliquent : la seconde, par l'inadaptation aux conditions sociales, l'antisociabilité et l'égotisme ; la première, par la paresse, lorsqu'elle existe, par l'amour de la liberté et l'égotisme qui font regarder à nombre de vagabonds le travail comme un servage, par l'attraction créée par les besoins qui constituent le fond du vagabondage et empêchent le vagabond de se fixer à aucun endroit.

Et ainsi, les différents stigmates psychiques constatés chez le vagabond expliquent la vie de ce dernier, prise dans son ensemble, et montrent ce que représente biologiquement le vagabondage.

Envisagé à ce dernier point de vue, *le vagabondage constitutionnel primitif nous apparaît comme un acte ayant pour but de donner satisfaction à des attractions, à des besoins qui sont une émanation directe de la constitution physique anormale de l'individu.*

Diagnostic. — Le vagabondage constitutionnel primitif nous étant connu dans sa symptomatologie et son pourquoi, il nous reste à l'étudier dans son diagnostic. Celui-ci doit être envisagé sous deux aspects. Il doit consister à déterminer, d'une part, si le vagabondage en présence duquel on se trouve, dans un cas donné, est un vagabondage d'habitude et, d'autre part, si ce vagabondage est d'ordre pathologique.

Le diagnostic de vagabondage d'habitude est inscrit dans la vie errante elle-même du vagabond, soit que celui-ci réalise le type du Juif-Errant par la continuité de son errance, soit que, moins continu, comme chez Marie, par exemple, il n'en doive pas moins être considéré comme tel.

Le diagnostic de vagabondage d'habitude d'ordre pathologique doit être demandé à l'étude de la manière d'être psychique du vagabond. Cette étude mettra en retief les anomalies de développement qui sont l'origine du vagabondage et l'expliquent. Il est, en effet, je l'ai dit précédemment, des vagabondages d'habitude qui ne sont pas d'ordre pathologique, mais relèvent de causes d'ordre social ou économique. Le moment est venu de donner un exemple de ce genre de vagabondage. Je le demanderai à l'un de ces trimardeurs qui, volontiers, pour échapper aux conséquences de quelque acte délictueux, invoquent la folie et sont, de ce fait, soumis à un examen médico-légal.

Obs. II. — Il y a quelques années, j'étais appelé à examiner un vagabond amené à la prison de Montpellier pour rebellion aux agents. X... avait déjà subi de nombreuses condamnations soit pour vagabondage simple, soit pour vagabondage avec mendicité, vol ou outrages aux agents. Il avait vingt-neuf ans et depuis plus de dix ans, il vagabondait, mendiait et, volait. Il se glorifiait d'une semblable vie dont il rendait responsable la société et plus particulièrement la justice, d'où son arrogance et sa rébellion vis-à-vis des représentants de la force publique. Si, disait-il, lorsqu'il avait « fauté » une première fois, il avait eu un soutien auquel il avait droit, il serait redevenu un honnête homme ; mais loin de là, lorsque les patrons chez qui il se plaçait apprenaient sa condamnation, ils le renvoyaient ; alors que faire, sinon retourner à la boue? Maintenant, tout est fini pour lui ; il n'a qu'à continuer sa vie criminelle ; il le fait sans remords et même il y

trouve un plaisir, celui de se venger et d'assouvir sa haine contre cette société mal conçue qu'il rêve de détruire.

J'examinai cet homme et ne trouvai aucun trouble délirant susceptible d'expliquer l'acte délictueux commis par lui. Ce résultat négatif me conduisit à étudier la constitution psychique de X... Ici encore mes investigations furent négatives. Cet homme avait trouvé, dans son milieu familial, une direction heureuse et s'était développé normalement, aussi bien moralement qu'intellectuellement. Seulement, alors qu'il avait une quinzaine années, sa mère étant devenue aliénée à la suite de couches et ayant dû être enfermée dans un asile, son père mena à partir de ce moment une vie déréglée et X... fut obligé de quitter la maison. Il se place à la campagne, travaille bien et satisfait ses maîtres. Malheureusement, au bout de quelque temps, il quitte sa place, attiré à Paris par une sœur qui habite cette ville et auprès de laquelle il espère trouver protection en même temps que du travail. Sa sœur, elle-même dans la misère, ne peut lui être d'aucune utilité et il tombe au milieu d'une bande de mauvais garnements qui ont tôt fait de faire de lui un de leurs acolytes; bientôt il est arrêté pour vol et condamné à quinze jours de prison. Cette condamnation le fait réfléchir; il quitte Paris, revient se placer à la campagne, mais son patron, ayant appris sa condamnation, le renvoie; il rencontre alors un de ses anciens camarades qui l'emmène dans une auberge et l'abandonne quand vient le moment de payer. Il n'a pas d'argent, est arrêté et condamné à nouveau. A partir de ce moment, il ne cherche plus à remonter le courant et se livre au vagabondage; les condamnations succèdent aux condamnations et la vie de prison avec ses promiscuités malsaines ne tarda pas à achever sa ruine morale et à faire de lui un véritable fanfaron du vice.

A part une hérédité mentale qui le rend peut-être moins bien armé qu'un autre pour lutter contre ses entraînements, X... n'offre dans sa constitution psychique aucune des anomalies que nous avons rencontrées chez les vagabonds pathologiques, et qui expliquent leur vagabondage; c'est un banal récidiviste que ses condam-

nations successives et la promiscuité de la prison ont démoralisé.

Pour établir le diagnostic différentiel entre le vagabondage d'habitude d'ordre pathologique, il faut donc que le médecin puisse remonter aux antécédents du vagabond et reconstituer l'état d'âme de celui-ci. Dans les cas de vagabondage non pathologique, la constitution psychique n'offre rien de particulier; dans les cas de vagabondage pathologique, elle est au contraire marquée au coin des anomalies que nous avons mises en relief et qui explique le pourquoi de celui-ci.

(*A suivre.*)

LA CONFUSION MENTALE
ET SES ASSOCIATIONS

Par le Dr Henri DAMAYE
Médecin de l'asile de Bailleul.

En psychiatrie comme dans toute la pathologie, il existe entre les affections types, celles qui servent de base aux descriptions, toute la gamme des intermédiaires. Les cas complexes sont par cela même nombreux, et l'on pourrait dire peut-être habituels, sensiblement plus fréquents que les affections pures de nos cadres pathologiques. Ainsi, nous voyons souvent l'idée de persécution s'accompagner d'un appoint mélancolique. Nous voyons la manie associée à l'idée de grandeur, à toute autre conception délirante ou à l'état mélancolique, et les idées délirantes se grouper entre elles en toute proportion. Mais la complexité habituelle des cas ne va pas cependant jusqu'à exclure d'une façon absolue les exemples typiques, les affections simples. Ce n'est point la constatation de certains moments dépressifs au cours d'une manie qui autorisent à fusionner cette affection avec la mélancolie. Et en dehors de ces cas mixtes, on observe des exemples de manie et de mélancolie pures, comme on observe des persécutés sans état mélancolique, des confus sans idées délirantes.

Si la manie, la mélancolie, les différents délires peuvent se mêler, coexister de la sorte pour former des cas mixtes, des états psychiques bien divers, il est une autre association, plus digne d'intérêt peut-être, en

raison de sa fréquence particulière et des considérations étiologiques auxquelles elle donne lieu. Nous avons en vue, dans ces lignes, la confusion mentale et son adjonction aux autres psychoses.

C'est avec Chaslin et Séglas que la confusion mentale a été isolée et nettement caractérisée ; c'est avec ces mêmes auteurs que les associations de ce syndrome furent tout d'abord étudiées. L'œuvre de Régis montra la valeur de la confusion, réaction la plus fréquente aux infections et aux intoxications, et ouvrit à la psychiatrie la voie féconde d'où sont sortis tant d'utiles travaux.

Sous l'inspiration de Doutrebente, G. Gombault fit une étude d'ensemble de la confusion et de ses associations (1). Il analysa et décrivit le syndrome dans les autres formes mentales, en s'appuyant sur de bonnes observations. Marandon de Montyel (2), Toulouse (3), dans son ouvrage sur les causes de la folie, étudièrent aussi la confusion dans ses causes et ses formes cliniques.

Des travaux de Régis se dégage cette conception que la confusion mentale peut s'associer à toutes les psychoses : manie, mélancolie et délires, voire même à l'état démentiel confirmé. Ainsi sont réalisés la manie ou la mélancolie confusionnelles et ces états délirants variés, décrits sous le nom de paranoïas aiguës, que Kirchhoff, Ziehen, Chaslin et Séglas ont aussi rangés dans la confusion mentale.

Dans un précédent travail, nous avons insisté sur la fréquence de la manie confuse (4) et sur la nécessité de ne la point confondre avec le type pur de la manie. En

---

(1) G. Gombault. La confusion mentale. *Thèse de Paris*, 1898, Jouve, édit.

(2) Marandon de Montyel. *Gazette des hôpitaux*, 27 nov. 1897.

(3) Toulouse. *Les causes de la folie*. Paris, 1896.

(4) Damaye. Manie pure et manie confusionnelle. *Revue de psychiatrie*, septembre 1910.

effet, la forme confuse révèle l'origine toxi-infectieuse, alors que la manie pure est en général une « maladie de terrain », un épisode constitutionnel. Mais il n'y a rien d'absolu et on observe aussi des manies sans confusion, provoquées par un état toxi-infectieux.

Ce que nous avons dit de la manie, nous pourrions le répéter pour la mélancolie et les délires. Généralement ces états, lorsqu'ils sont confusionnels, en d'autres termes lorsqu'ils sont incohérents, relèvent d'un toxique ; mais l'intoxication peut aussi donner lieu à une mélancolie pure ou à un délire cohérent qui disparaissent avec elle ou bien passent à la chronicité. En somme, la cellule cérébrale prédisposée réagit à l'imprégnation toxique par un état confusionnel simple ou associé en proportions diverses, plus rarement par une forme exempte de confusion.

C'est pourquoi la confusion mentale occupe, dans la psychiatrie, une place importante entre toutes. Son adjonction aux autres psychoses a une valeur étiologique et pronostique, une valeur aussi au point de vue du traitement.

Mais les vésanies ne constituent pas le seul groupe auquel peut s'adapter l'état confusionnel. Nous savons qu'il existe des cas assez fréquents de paralysie générale où la confusion est manifestement exempte de démence pendant un temps plus ou moins long. Ces formes paralytiques ont un début aigu ou subaigu et elles sont susceptibles de rémissions temporaires ou définitives, complètes ou avec déficit intellectuel. Nous avons rapporté le cas d'une confuse tuberculeuse devenue démente et chez laquelle se dessinait le syndrome paralytique (1), et celui d'un délire polymorphe confusionnel

(1) Damaye et Desruelles. Affaiblissement intellectuel post-confusionnel chez une tuberculeuse ; granulie méningée. *Echo médical du Nord*, 14 juin 1908.

qui se termina, onze ans plus tard, par le même syndrome (1). Somme toute, un grand nombre de cas de paralysie générale obéissent aux mêmes lois d'évolution que les vésanies toxi-infectieuses.

Les troubles fonctionnels, liés à la constitution et désignés encore actuellement sous le nom de « névroses », peuvent être aggravés par les infections et les poisons de l'organisme et se compliquer, eux aussi, de confusion mentale. Dans l'épilepsie, l'obtusion ou obnubilation passagère ou définitive de l'intelligence (stupidité chronique de Delasiauve), consécutive à la répétition des crises, n'est pas la démence et simule la confusion. C'est une confusion non point toxique, mais ici purement « mécanique », un phénomène d'épuisement. L'épilepsie en elle-même n'est, selon l'expression de Joffroy, qu'une *aptitude*; aussi cette aptitude peut-elle coexister aussi bien avec les confusions mentales aiguës ou chroniques qu'avec les autres vésanies ou avec la paralysie générale. L'épilepsie essentielle n'a pas encore de substratum connu : elle est une aptitude morbide de la cellule nerveuse décadente (2). Un même poison peut provoquer un état confusionnel et éveiller, en même temps, une aptitude convulsive demeurée latente jusqu'alors.

Le comitial peut présenter aussi des accès de confusion mentale *toxique*, sous l'influence d'une infection ou d'une intoxication (troubles digestifs, insuffisance hépato-rénale, tuberculose, etc.). Nous avons eu l'occasion d'observer un cas de ce genre dû à une péritonite à

---

(1) Damaye. Confusion mentale avec idées délirantes polymorphes ; évolution démentielle, syndrome paralysie générale. *Revue de psychiatrie*, décembre 1908.

(2) Damaye. L'épilepsie, ses lésions méningo-corticales ; obnubilation intellectuelle et démence. *Echo médical du Nord*, 10 juillet 1910.

pneumocoque (1) : confusion toxique et obnubilation mécanique coexistaient ; elles ont rendu latente l'évolution de la péritonite.

Régis et ses élèves ont montré que la chorée de Sydenham et les chorées chroniques pouvaient être compliquées de confusion mentale, susceptible de devenir chronique et de passer à la démence. De même que l'épilepsie, la chorée doit être considérée encore comme une aptitude éveillée parfois par une intoxication. Hesnard (2) a rapporté un cas de chorée de Sydenham où un état confusionnel agité, puis asthénique, suivit la disparition des symptômes choréiques ; la guérison survint ensuite.

La division actuelle des affections mentales en constitutionnelles et toxiques est parfois délicate à appliquer en pratique. Si la confusion mentale complique habituellement les cas toxiques, accidentels, le fait n'est cependant pas constant. Mais, d'une façon générale, la série *cohérente* semble relever surtout de la constitution, du terrain préparé, des aptitudes accentuées. Il est aussi des cas plus complexes où les deux sortes d'affections peuvent coexister chez un même sujet. Un état toxique suscitera à la fois, par exemple, une réaction confusionnelle aiguë qui, disparaissant, laissera subsister un délire cohérent et chronique. Chaslin (3) a bien remarqué le fait : il cite des cas de délires systématisés chroniques, corollaires, pour ainsi dire, d'une confusion mentale passagère. Séglas (4) a observé aussi que la

---

(1) Damaye et Desruelles. Péritonite pneumococcique à évolution latente chez une épileptique obnubilée. *Echo médical du Nord*, 7 mars 1909.

(2) A. Hesnard. Confusion mentale aiguë typique au cours d'une chorée de Sydenham. L'*Encéphale*, septembre 1910.

(3) Chaslin. *La confusion mentale primitive*. Paris, 1895.

(4) Séglas. *Leçons cliniques sur les maladies mentales et nerveuses*. Paris, 1895.

confusion peut disparaître et les idées délirantes persister pour constituer un nouveau délire. La confusion apparue en même temps qu'un délire peut donc disparaître avant lui, et nous pouvons dire alors, comme pour l'épilepsie ou la chorée, que le même toxique qui provoqua l'état confusionnel révéla en même temps une aptitude délirante jusque-là latente ou virtuelle. Ce délire survivant à l'état confusionnel peut être définitif; mais parfois il disparaît, lui aussi, au bout d'un temps variable.

Nous pouvons remplacer encore, dans toutes ces considérations, les termes délire ou névrose par ceux de manie ou mélancolie pures; ces affections pures se comportent tout comme les délires vis-à-vis de la confusion.

Enfin, si la confusion mentale est le plus souvent contemporaine d'un autre état dans son apparition, elle peut aussi survenir à titre d'épisode au cours de l'évolution d'un délire, d'une mélancolie ou d'une manie. Parfois, la confusion se substitue à la forme mentale en évolution, même à la période chronique de celle-ci. Guélou (1), élève de Cullerre, rapporte des cas très intéressants de vieux vésaniques qui, sous l'influence de l'urémie, présentèrent de la confusion, laquelle, dans certains cas, fit disparaître les idées délirantes.

En résumé, la confusion mentale, ainsi que le pense Régis, peut s'adjoindre à toutes les autres affections mentales pour créer avec elles des états mixtes, des formes intermédiaires entre les états simples. L'état confusionnel peut débuter en même temps qu'une autre forme mentale et il peut disparaître avant celle-ci, ou bien il survient à titre épisodique à une période quelconque de l'évolution d'une psychose ou d'une névrose.

Nous voyons donc que le caractère confusionnel d'une

(1) Guélou. La confusion mentale. *Thèse de Paris*, 1897.

affection mentale a une valeur étiologique, en ce qu'il indique un état toxique ou infectieux, mais une valeur toute relative, puisque l'intoxication crée parfois aussi des psychoses dépourvues d'incohérence.

D'une façon générale, on peut dire que les manie, mélancolie et délires constitutionnels, c'est-à-dire purs, exempts de confusion, et ne relevant pas d'une imprégnation toxique, n'ont guère tendance à la démence, malgré leur chronicité. Ainsi se comportent les types décrits par Magnan, Sérieux et Capgras, Falret-Pottier, etc. ; les manies ou mélancolies chroniques ou récidivantes, les circulaires, les alternantes, lorsqu'elles sont pures et relèvent uniquement de la constitution (1). Ritti remarquait que la folie circulaire — le type pur probablement — ne guérit jamais, mais passe rarement à la démence (2). Mais il en est autrement si la cellule corticale prédisposée a dû subir le contact plus ou moins prolongé de toxines. Sa destruction, c'est-à-dire la démence, peut être alors l'œuvre des poisons (3). En effet, dans toutes les psychoses toxiques, confusionnelles ou non, l'imprégnation corticale suscite une lutte de la cellule nerveuse. Celle-ci résiste selon sa vitalité et peut-être sécrète-t-elle des substances propres à l'immuniser contre l'élément délétère. Elle est vraisemblablement aidée dans sa défense par ces petits éléments ronds d'origine leucocytaire ou névrogliques qui, avant d'être neuronophages, doivent avoir un rôle protecteur. Si elle est vaincue, la cellule dégénère ou s'atrophie, mais plus ou moins lentement. Alors, se produit une réaction

(1) J. Lépine explique par l'anaphylaxie la répétition des accès maniaques et mélancoliques. *Revue Neurologique*, 1910.

(2) Ritti. *Traité clinique de la folie à double forme*. Paris, 1883.

(3) H. Damaye. La confusion mentale, la démence et les psychoses toxiques. *Echo médical du Nord*, 28 novembre 1909.

La période de curabilité dans les affections mentales. *Progrès médical*, 18 juin 1910.

cicatricielle du tissu névroglique ; c'est la phase dernière du processus, la période d'affaiblissement intellectuel. Cette phase ultime correspond donc à l'atrophie cérébrale avec ou sans hyperplasie méningée, avec surabondance du liquide encéphalique et amplification ventriculaire.

Klippel et Lhermitte ont étudié un autre processus, que l'on a attribué aux démences précoces. Ici, l'élément noble est atteint et une réaction névroglique se produit lentement autour de lui ; la pie-mère reste indemne. Ce processus indiquerait, dans certains cas, une évolution bien plus lente, une toxine atténuée, ou bien une vitalité épithéliale et une défense toutes deux insuffisantes. Mais, sous l'influence d'intoxications plus aiguës et secondaires (tuberculose le plus souvent), la réaction névroglique devient plus intense et la méninge peut réagir, en même temps que le cerveau s'atrophie et amplifie ses ventricules.

La cellule cérébrale, fort heureusement, ne succombe pas toujours, et l'affection toxique peut s'arrêter à sa phase première, d'imprégnation, de confusion le plus souvent. Les éléments nerveux, s'ils n'ont pas été mortellement atteints, se réparent et récupèrent intégralement ou en partie leurs fonctions. Nous sommes loin de connaître les modifications qui s'opèrent alors dans le cerveau et l'organisme entier. Les examens hématologiques révèlent fréquemment, au moment décisif d'une évolution heureuse, une augmentation considérable du taux des éosinophiles (Dide, J. Lépine). Chez une maniaque confuse, nous avons aussi constaté dernièrement une éosinophilie s'élevant à 20 p. 100, lorsque confusion et manie tendaient à disparaître (1).

(1) Damaye et Laydoker. Manie confuse aiguë par métrite du col. *Echo médical du Nord*, 28 août 1910.

Les lésions anatomiques actuellement décelables pour les vésanies ne nous révèlent pas la couleur du délire, mais elles nous renseignent un peu sur l'évolution et les phases de celui-ci. Un même processus, les mêmes lésions cérébrales donnent lieu, chez des sujets divers, à des formes vésaniques bien diverses. Mais la forme vésanique importe beaucoup moins que l'étiologie et le sens de l'évolution, aux points de vue pronostique et thérapeutique. Toutes les associations sont possibles entre vésanies, entre idées délirantes; mais celle qui présente surtout un intérêt en raison précisément de ses rapports avec l'étiologie et l'évolution, c'est l'association confusionnelle.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

SÉANCE DU 29 MAI 1911

Présidence de M. SÉRIEUX.

Lecture et adoption du procès-verbal de la séance précédente.

MM. René Charpentier, Conso, Delmas, Dupouy, Levassort, membres correspondants, assistent à la séance.

Correspondance et présentations d'ouvrages.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Des lettres de MM. de Clérambault et Vigouroux, qui s'excusent de ne pouvoir assister à la séance ;

2° Une lettre de M. Bonnet, qui remercie la Société de l'avoir nommé membre titulaire ;

3° Une lettre de M. Barbé, qui remercie la Société de l'avoir nommé membre correspondant ;

4° Une lettre de M. Gross, qui remercie la Société de l'avoir nommé membre associé étranger ;

5° Une lettre de Mlle Pascal, médecin-adjoint à l'asile de Clermont (Oise), qui sollicite le titre de membre correspondant. — Commission : MM. Sérieux, Vigouroux et Dupain, rapporteur ;

6° Une lettre de M. le Président du premier Congrès de Pédologie, invitant la Société à prendre part à ce Congrès.

La correspondance imprimée comprend :

1° *Sur le suicide. Etude clinique, etc.* ; — *Sur l'histopathologie de l'écorce cérébrale sénile* ; — *Traumatismes et névroses chez les enfants* ; — *De la psychologie à la*

psychopathologie de la vieillesse, par le Dr A. H. Hübner ;

2° *Bulletin de la Société de l'Internat des Hôpitaux de Paris*, n° 3, mars 1911.

M. le Président annonce qu'une place de membre titulaire est déclarée vacante.

Rapport de candidature.

M. DE CLÉRAMBAULT. — Au nom d'une Commission composée de MM. Kéraval, Colin et de Clérambault, rapporteur, je viens vous exposer les titres de M. le Dr A. Friedländer, fondateur et directeur de la clinique de Hohe-Mark im Taunus, près Francfort-sur-le-Mein, professeur titulaire, membre étranger de l'Association médicale hongroise de Buda-Pest, collaborateur de nombreuses et importantes revues de langue allemande, etc.

Ses travaux les plus importants se réfèrent à l'influence des intoxications et infections sur le système nerveux; cette idée directrice a abouti, en 1901, à la publication d'un ouvrage considérable : « Ueber den Einfluss des Typhus abdominalis auf das Nervensystem » (Karger, éditeur). Cet ouvrage contient une bibliographie extrêmement riche ; les observations sont nombreuses et très fouillées. Sa division est, *grosso modo*, la suivante : troubles mentaux de la période typhique; séquelles mentales et nerveuses ; fièvre typhoïde au cours des psychoses. Nous recommandons comme pratiquement utile la table statistique relative aux lésions nerveuses post-typhiques, et celle relative à l'influence d'une fièvre typhoïde intercurrente sur une psychose préétablie.

Un travail sur l'intoxication par les produits du type aniline (benzol, toluol, aniline pure) contient quatre cas intéressants. L'auteur s'y montre implicitement partisan de ce que l'on pourrait dénommer la spécifité psychique des formules chimiques, c'est-à-dire de la possibilité du diagnostic différentiel du toxique par les nuances du tableau clinique.

Nous relevons dans la liste des travaux : Psychoneurose et diabète insipide (1910) ; La méningite séreuse

et sa différenciation d'avec les tumeurs cérébrales (1907); Traitement des psychoses par la fièvre artificiellement provoquée (1899); L'érytrophobie, la fièvre des foins, et l'application de l'hypnotisme à ces syndromes; Les maladies psychogènes (1910); des recherches sur la moelle et le cervelet des oiseaux (1898); enfin de nombreux articles concernant les intérêts professionnels, et de nombreuses conférences sur des sujets psychiatriques variés.

Les travaux du Dr A. Friedländer sont nombreux et importants. C'est avec plaisir et confiance que nous recommandons à vos suffrages sa candidature au titre de membre associé étranger de notre Société.

Conformément à ces conclusions, M. Friedländer est élu membre associé étranger à l'unanimité des votants.

Divorce pour cause d'aliénation mentale d'après la jurisprudence allemande (article 1569 du nouveau Code civil),

par M. Trénel

En 1882, pendant la préparation de la loi sur le divorce, la Société médico-psychologique ne fut pas consultée à propos de l'amendement Guillot admettant l'aliénation mentale comme cause de divorce. Elle ne s'occupa de la question qu'après que Blanche lui eut communiqué son rapport à la Commission législative.

Il serait utile aujourd'hui que la Société prît les devants en faisant connaître les opinions de ses membres avant la mise à l'ordre du jour de la Chambre des projets déposés par MM. Colin et Violet, et que la discussion que MM. Juquelier et Fillassier ont ouverte ici d'une façon si opportune et sous une forme si intéressante soit élargie et complétée (1).

Dans le rapport de Blanche et dans les discussions

(1) Juquelier et Fillassier. Soc. médico-psych. *Annales médico-psychologiques*, 1911, p. 91. 274. 449. — Lire l'article de ces auteurs. *Revue Bleue*, t. XLVIII, n° 6, 11 février 1911. — Régis. *Ann. médico-psych.*, 1911, p. 481 et *Encéphale*, 1911.

auxquelles il a donné lieu (1), il semble que l'on se soit écarté de la question purement médicale et que la question, disons de sentiment, ait primé celle-ci. On ne s'est pas appuyé sur les faits (ou si peu), mais sur les théories, et Delasiauve a pu aller jusqu'à dire qu'il n'y avait là que « théories vaporeuses » et que « phraséologie ». Déjà à cette époque si l'on avait consulté la littérature médico-légale étrangère, on aurait pu raisonner non pas dans l'espace, mais sur des réalités et sur des cas étudiés médicalement et tranchés judiciairement. Ces cas se sont multipliés depuis l'application du nouveau Code civil allemand de 1900 ; observés avec la conscience de nos collègues allemands, analysés avec la recherche du détail qui caractérise leurs pénétrantes études, ils constituent une précieuse documentation clinique ; et, au point de vue judiciaire, « il y a des juges à Berlin ». Ce sont les rapports de ces aliénistes et les considérants de ces juges qui doivent servir de base à une étude sur une question qui, si elle divise les consciences pour diverses raisons des plus respectables, doit être envisagée froidement et jugée scientifiquement sur les données de l'expérience.

Ce n'est pas par des hypothèses que l'on peut l'aborder. Les cas possibles sont innombrables et leurs détails échappent à toute précision. La question doit être envisagée au point de vue le plus général, et c'est seulement la pratique qui déterminera la jurisprudence par la connaissance des faits particuliers.

Aussi, sans nous livrer à une discussion sur le fond même de la question, avons-nous pensé qu'il serait utile de faire connaître un certain nombre de cas concrets. Nous en donnerons plusieurs *in extenso* comme types, et résumerons rapidement les autres. Nous aurions voulu dresser un catalogue plus complet de ces faits, nous sommes obligés de nous borner (2).

Dans cette étude, nous prendrons comme guide le travail primordial de Bresler et l'importante monogra-

---

(1) *Annales médico-psychologiques*, 1882. — *Encéphale*, 1882.

(2) Consulter la collection de la Psychiatrisch-neurologische Wochenschrift (Material zur § 1569. Ehescheidung wegen Geisteskrankheiten).

phie de Schultze (1). La plupart des documents sont tirés de la *Psychiatrisch-neurologische Wochenschrift de Bresler.*

C'est en 1910, que le nouveau Code civil allemand a généralisé une disposition existant dans divers Codes des Etats allemands (Prusse, etc.), et a admis le divorce pour cause d'aliénation mentale. L'article 1569 est ainsi conçu :

Un époux peut demander le divorce, lorsque l'autre époux est atteint de maladie mentale, que la maladie a, pendant le mariage, duré au moins trois ans et a atteint un tel degré que la communauté mentale entre les époux a disparu, et aussi qu'est exclue toute perspective de rétablissement de cette communauté.

Comme le dit Schultze, cet article envisage les faits dans le passé, le présent et l'avenir. Dans le passé, la maladie doit avoir duré trois ans ; dans le présent, elle doit avoir fait disparaître la communauté mentale entre les époux ; dans l'avenir, cet état ne paraît pas devoir changer.

La fixation légale de la *durée de la maladie à trois ans* répond bien à la réalité des faits. Il est de science commune que les guérisons des troubles mentaux présentent un maximum dans la première année ; elles sont moins nombreuses dans la deuxième année ; la courbe s'abaisse beaucoup dans la troisième et, à partir de la quatrième, on n'observe plus que quelques cas isolés, comme nous le verrons ; au delà de ce terme, les guérisons — ou soi-disant telles — sont des raretés. Il est certain que le terme de trois ans n'est qu'approximatif, empirique, et n'a que la valeur que prennent les déterminations juridiques et médico-légales d'espèce analogue. On pourrait comparer par exemple aux limites établies pour la légitimité de la grossesse, ou à l'époque de la consolidation dans les accidents du travail, ou encore à un point de vue, aux délais impartis pour

(1) Bresler. Die Rechtpraxis der Ehescheidung bei Geisteskrankheit u. Trunksucht (Marhold. Halle, 1902. — Schultze. Code civil, 3e partie, chap. 4 *in* Handbuch der gerichtlichen Psychiatrie Krafft-Ebing, Hoche. Hirschwald, Berlin, 1909. (*Bibliographie considérable.*)

admettre la disparition d'un absent. Mais ce n'est pas ce point que nous voulons étudier.

*
* *

Nous nous occuperons surtout de la question *la communauté mentale.*

Le terme « communauté mentale » pourra paraître vague et obscur : obscur, car qu'est-ce que la communauté mentale ? vague, car où commence et où finit la communauté entre deux individus ? C'est en effet un de ces termes abstraits chers à la psychologie allemande et qui effraient l'esprit français enclin à n'admettre que des réalités concrètes. Mais ici ce vague, cette obscurité, ont été voulus.

Deux opinions se sont en effet opposées l'une à l'autre dans la discussion de la loi, et certains ont voulu que seule la *nuit intellectuelle* pût permettre la recherche du divorce, et même après la promulgation de loi, un tribunal, au début de l'application, a repoussé une demande de divorce parce que le malade ne présentait pas ces ténèbres intellectuelles.

Nous ne saurions mieux exposer cette question qu'en donnant les termes de ce jugement.

C'est le seul cas, d'après Schultze, dans lequel la nuit mentale fut jugée comme permettant seule de faire prononcer le divorce. Un jugement en appel réforma cette jurisprudence.

Le juge de première instance s'appuyait pour donner cette interprétation aux termes « communauté mentale » de l'article 1569, sur l'histoire de la rédaction de cet article. Nous résumerons ces appréciations du juge, résumé qui nous donne l'occasion de faire connaître succinctement les opinions des législateurs allemands.

Dans le premier projet (Motifs, IV, p. 571), le divorce pour aliénation mentale fut rejeté sous le motif que l'on ne peut établir des limites précises entre les diverses espèces de maladies mentales et que, pratiquement, on ne peut distinguer des autres cas ceux où toute communauté mentale a disparu et où le malade est *mort mentalement.*

Dans la Commission pour la deuxième lecture (Mugdan,

tome IV, p. 905), il a été reconnu que des *maladies mentales qualifiées* sont exigibles pour la prononciation du divorce. Mais pour cette qualification les opinions des promoteurs différaient : les uns admettaient comme base du divorce l'impossibilité, due à la maladie, de conserver la communauté domestique (hausliche) et conjugale (eheliche). Ils voulaient que le divorce fût prononcé quand la maladie mentale rendait cette communauté conjugale impossible, et eût égard à ce que la continuation n'en peut être imposée à l'autre époux. Les autres exigeaient la mort intellectuelle et voulaient que la base du divorce fût la disparition de la communauté mentale (geistliche), remarquant que la première acception s'étendrait aux maladies physiques et qu'il en résulterait un abandon complet du principe de l'obligation. Ils considéraient qu'il serait plus équitable de prendre comme point de départ l'analogie avec la mort physique. Et c'est dans ce dernier sens plus étroit que l'on décida.

Le juge concluait que (1) :

L'histoire de l'article 1569 montre que l'absence de la conscience des intérêts communs et de la volonté commune avec l'autre époux ne suffit pas ; mais il faut qu'il y ait mort intellectuelle, complète nuit mentale, c'est-à-dire démence (Verblödung) — donc un état dans lequel le malade ne ressent plus la séparation et où il ne peut plus être parlé que d'une existence animale — pour que cet état puisse être considéré comme cause de divorce.

Dans le cas présent, la malade ne manque pas de conscience des intérêts et de la volonté commune.

Dans ses considérants, le juge déclarait que cet état de mort intellectuelle n'existait pas, parce que le défendeur avait reconnu sa femme à l'une de ses visites et l'avait accusée d'adultère.

En deuxième instance, le jugement fut réformé, cette interprétation de l'article 1569 étant inacceptable.

La communauté mentale entre les époux se manifeste naturellement en première ligne dans le cercle des droits et devoirs nés du mariage et dans le concours conscient, dans la direction des intérêts communs de la famille et de chacun de ses membres. D'après les termes du rapport, la communauté n'existe plus si l'un des conjoints, à la suite de sa maladie mentale a perdu la

(1) Urteil des Oberlandsgerichts Köln, 23 marz 1901 (*Zeitschrift für deutsches Burgerliches Recht*, 1901, p. 423.

faculté d'être conscient des intérêts, droits et devoirs communs nés du mariage, d'échanger des pensées raisonnables avec l'autre époux et de prendre une part intellectuelle à la vie de famille et aux intérêts qui y sont liés.

Il est vrai, comme le montre le rapport médical, que le défendeur est capable de reconnaître les personnes qui paraissent devant lui et de savoir se conduire dans le cercle restreint de la vie journalière. Mais il montre aussi que le défendeur ne possède plus la communauté mentale. C'est un délire systématisé primaire qui a été en s'accentuant et doit être considéré comme incurable. Au début, le malade croyait être nommé par l'empereur agent de la police secrète et avoir le pouvoir de s'entretenir avec les absents en langage secret; il se figurait, entre autres, avoir le pouvoir sur les sorcières, mais qu'il y avait des êtres humains qui avaient pouvoir sur lui-même, entre autres sa femme; il se considère comme depuis longtemps séparé d'elle en secret et se dit fiancé tantôt avec une jeune fille, tantôt avec une autre. Au début de son internement il était rempli de ces idées; il était, il est vrai, orienté dans le temps et les lieux, reconnaissait les gens et était supportable dans ses rapports avec l'entourage. Mais, en juillet 1897, son excitation fit place à des accès de fureur; ses idées sont plus troublées, et il y a diminution notable de son sens critique. Il se croit le sauveur du monde, il parle toutes les langues, il voit et entend tout, il a été souvent au ciel et il a la puissance de mener les hommes au ciel ou dans l'enfer. Il reconnaît bien encore sa femme et d'autres personnes, mais croit qu'en réalité ce sont d'autres individualités. De sa femme il croit tantôt qu'elle est au ciel, tantôt qu'il l'a dans sa poche. A l'asile, il se tient à l'écart, il est envahi par ses hallucinations et son délire; il parle d'une façon incohérente. Quoiqu'on ne puisse dire que sa vie intellectuelle soit complètement éteinte, il est bien établi qu'il n'a plus l'aptitude de comprendre les droits et devoirs conjugaux. Il n'a plus la communauté mentale; la décision de première instance, fondée sur ce qu'il n'est pas dans la nuit mentale, n'est pas soutenable.

Cet arrêt du tribunal des Deux-Ponts (1) a établi la jurisprudence qui n'a pas varié, et comme nous le verrons à maintes reprises, de multiples arrêts ultérieurs ont encore élargi l'interprétation de la loi de façon à sauvegarder les intérêts du conjoint sain d'esprit dans la plus large mesure.

---

(1) *Urtheil des Oberlandsgerichts Zweibrücken*, 13 juillet 1903.

Cette préoccupation des juges de s'appuyer pour le prononcé du jugement sur l'intérêt du conjoint sain est manifestement exposée dans un jugement récent que nous donnerons *in extenso* : il est de plus intéressant par ce fait qu'il présente quelques points communs dans les considérants avec le jugement de la cour de Bordeaux où Régis est intervenu comme expert (1) ; de plus, il fait connaître quelques circonstances curieuses au point de vue de l'interdiction, celle-ci restant tout à fait indépendante de la question du divorce, et pouvant d'une part être prononcée pour d'autres raisons que celui-ci, d'autre part être levée (le malade restant lucide) sans empêcher que la demande en divorce soit admise (2).

I. — Les conclusions tirées par le défendeur du paragraphe 616 du Code de procédure civile ne sont pas fondées dans le premier procès en divorce qui s'est terminé par le rejet de sa plainte (Hanovre, 0.6 85/00). La demanderesse avait pareillement appuyé sa demande en divorce ; elle est par là empêchée de fonder sa nouvelle demande en divorce sur les faits qu'elle a fait ou aurait pu faire valoir. Mais dans l'affaire pendante, elle invoque une série de faits postérieurs au 18 novembre 1901, date du premier procès, faits qui peuvent constituer aussi bien la preuve d'une maladie mentale ayant duré plus de trois années, que de la disparition de la communauté mentale entre les époux et de la perte de tout espoir de rétablissement de cette communauté. En outre, elle reprend des faits qui déjà ont été ou pouvaient être soumis au juge du premier procès et qu'elle présente à l'appui de ses nouvelles allégations. Cela n'est pas inadmissible, car le paragraphe 1573 du Code civil embrasse aussi les cas dans lesquels le droit au divorce d'après le paragraphe 616 du Code de procédure civile, est exclu. (Comparer R. Cr. Bd. LIX, sér. 37.)

II. — Sur le fond même, on ne peut repousser l'instance, car, d'après les pièces d'introduction, les conditions de l'article 1569 doivent être considérées comme remplies.

De prime abord, il n'est pas douteux que le défendeur est aliéné.

Dès 1895, les Drs P... et G... ont déposé d'après leurs observations personnelles que le défendeur qui a été observé

(1) Régis. *Loc. cit.*

(2) *Psychiatrisch-neurologische Wochenschrift*, n° 45, XII, 4 février 1911.

dans l'asile P... sept à huit semaines, et plus de trois semaines dans l'asile public dirigé par le Dr G..., est atteint de délire systématisé qui se manifeste surtout par des idées de persécution. En juillet 1895, le médecin de cercle, Dr H..., qui a été expert dans l'instance en interdiction introduite alors, a déclaré dans son rapport, basé sur ses examens, que le défendeur est atteint de délire systématisé (délire de persécution).

Après examens répétés, le même expert, le 31 octobre 1895, déclare qu'à cette époque le défendeur « est encore aliéné et, à un haut degré, faible d'esprit, qu'il manque de toute conscience de sa maladie, de compréhension claire de son état, d'aptitude à vivre suivant sa condition ». — Dans l'instance introduite en 1898 en vue de la levée de l'interdiction prononcée en 1895, le Dr Sch..., expert, expose que le défendeur présente presque le même état que celui décrit dans les rapports médicaux de 1895 ; qu'il a des idées de préjudice, qu'il a une haute idée de lui-même, n'a aucune conscience de sa maladie et qu'il est ainsi encore aliéné, quoiqu'il se soit jusqu'à un certain point calmé.

Le défendeur a en 1901, pendant le premier procès en divorce, de nouveau demandé la levée de l'interdiction. Le Dr Sch..., expert, déclare que, bien qu'au total, la forme de la maladie dont le défendeur est atteint soit incurable, et qu'en conséquence la guérison n'est qu'apparente, en tout cas il est en état de gérer ses affaires. Sch..., expert qui, en juillet 1901, a déposé un rapport soigneusement établi, n'élève aucun doute sur ce que le défendeur « au temps de son interdiction, était atteint d'un trouble psychique qui était accompagné d'une transformation assez aiguë de son moi et d'idées de préjudice liées à une exaltation de l'humeur et d'une excitation motrice assez vive, mais déclare que, chez le défendeur, quoique en général le pronostic de la paranoïa soit absolument défavorable, on peut constater une marche relativement favorable » ; qu'à l'époque de l'expertise, le défendeur présente « avec une intégrité et lucidité intellectuelle l'aspect d'un calme extérieur » et « fait sur quiconque n'est pas aliéniste l'impression d'un homme complètement sain » ; qu'en réalité, quoique nullement guéri, mais seulement amélioré, il peut cependant s'occuper de ses affaires. A la suite de ce rapport, l'interdiction fut levée. — De même, au cours du procès actuel, les rapports de l'expert distingué, Dr L..., du professeur B..., du professeur C... ne laissent aucun doute sur le fait que le défendeur est encore maintenant atteint de maladie mentale qui, il est vrai, est désignée comme légère par le Dr C..., et, par le Dr D..., comme n'étant pas grave.

Il n'y a pas de doute que la maladie a duré plus de trois ans ;

d'après les rapports ci-dessus, il s'agit de la même maladie qui existait en 1895.

Au surplus, il peut être admis que la maladie est incurable. Le seul expert, qui n'exclut pas toute guérison, le Dr C..., déclare que dans la science médicale il est admis en général que la paranoïa est incurable, mais qu'il croit d'après son expérience, que, dans des cas *extrêmement rares*, la guérison peut survenir. Le Tribunal suit les conclusions de la surexpertise du collège médical de Coblentz, d'après laquelle — en dehors de cas extraordinairement rares — la paranoïa chronique est incurable, de sorte que pour le défendeur, on ne peut compter sur une guérison.

Plus difficile est la réponse à la question, si la maladie du défendeur a atteint un tel degré que la communauté entre les parties a disparu, et si tout espoir de son retour peut être exclu. Les experts, Dr B... et Dr C..., répondent négativement, tandis que le Dr L... répond catégoriquement par l'affirmative. Le Tribunal dans ses considérants s'est appuyé sur les principes que la Cour suprême dans sa décision du 8 mai 1905 (*Jur. Woschenschrift* 1905, p. 395), a admis et développés. Il admet, en conformité avec la surexpertise de Coblentz, l'opinion de L...

Il ne faut pas méconnaître que le défendeur, malgré l'existence de sa maladie mentale, est peu ou pas touché dans l'activité de la pensée purement intellectuelle, tant qu'il ne s'agit pas de ses « théories et lubies médicales », de son système hypocondriaque au sujet de ses processus vitaux, et qu'en général il soit en état d'agir par lui-même, de telle sorte que sa conduite extérieure soit ordonnée.

Il a, il est vrai, en 1902 et 1903, passé plus d'un an dans le dépôt de mendicité, a vécu entre temps des secours de ses parents et a été, en 1906, si dénué de tout qu'il a dû faire une demande d'argent à la demanderesse. Mais il a pu toujours se créer une situation lui assurant son existence, tant que ses habitudes étranges et son humeur querelleuse n'ont pas pris le dessus. Ainsi il a obtenu, en septembre 1904, une place suffisamment rémunérée à E..., qu'il a remplie assez longtemps, jusque dans l'été 1906, grâce à l'indulgence du témoin A. F... Et depuis octobre 1906 jusqu'en octobre 1908, il a conservé un poste lui assurant son existence et l'a rempli, depuis, d'une façon satisfaisante. Il peut avoir une conversation avec des étrangers, telle que celle que réclame son service comme employé de commerce. Dans le même ordre d'idées, la teneur de ses mémoires des 22 juin et 4 juillet 1905 est conçue en termes clairs et compréhensibles.

Mais cela ne prouve en aucune façon que la communauté mentale avec sa femme existe. La communauté mentale entre

les époux a de plus hautes exigences : il ne suffit pas de la possibilité d'une simple vie côte à côte, mais aussi de pensées et sentiments communs, d'un accord des parties — sinon complet — du moins sur les principaux points qui sont à considérer dans la vie en commun, et il faut qu'il y ait une aptitude chez les deux époux à une confiance et une affection réciproques.

En ce qui concerne le défendeur, il possède sans nul doute la connaissance du lien conjugal et des droits qui en découlent pour lui. Mais il est non moins certain qu'il ne ressent plus la moindre trace d'affection ni de confiance envers la demanderesse. Depuis la séparation survenue en 1895, il n'en a pas donné la moindre marque. Les lettres assez nombreuses ne portent nulle part la trace qu'il persiste un reste d'amour conjugal. Elles sont remplies de reproches, de soupçons qui sont dirigés soit directement contre les parents de la demanderesse, soit indirectement contre elle; souvent lui sont reprochés d'anciennes discussions et de soi-disant torts; avec des expressions d'implacable rancune, il regrette une fois de s'être abstenu des corrections corporelles qu'elle méritait, et de s'être contenté de la toucher du doigt; nulle part, on ne voit que le défendeur s'intéresse à l'état de la demanderesse longtemps réduite à son gain personnel et à l'aide de ses parents; une seule fois, il se livre à de longues considérations sur l'alimentation et le régime, mais il est visible que le motif n'en est pas la santé de ses parents, mais une tentative pour convertir sa femme à ses théories médicales. De même dans les deux seules rencontres des époux en 1906 et 1908, le défendeur n'a pas montré le moindre reste d'amour conjugal ni paternel. D'après le témoignage de l'assesseur, Dr L..., dans la première rencontre, il n'a cherché qu'à soutirer un secours ; il a bien dit qu'il voudrait voir ses enfants, mais après qu'il eut obtenu une réunion, il n'a plus parlé que d'un secours d'argent, et n'a plus fait d'allusion aux enfants; le témoin a été révolté de l'attitude du défendeur.

La convocation des deux parties en juin 1908 ne produisit pas chez le défendeur une attitude conciliante, pas même une tendance; il plaida énergiquement son point de vue juridique, fit des reproches à sa femme et à ses parents, et se laissa aller à des expressions injurieuses pour un mot impropre employé par sa femme (celle-ci disant qu'il lui avait réclamé une rente).

Il est ainsi démontré que le défendeur est étranger à ce sentiment que les époux doivent avoir l'un pour l'autre, et il n'y a pas à nier d'un autre côté que la demanderesse a perdu toute affection et toute foi en lui. Que ce soit le cas, cela ressort de son attitude dans les deux procès. En outre, il est clair que cette perte de la communauté mentale est la suite des actes provoqués par la maladie du défendeur.

En plus des considérations précédentes, il y a à considérer que la demanderesse, avant sa séparation d'avec son mari (voir les témoignages), a été en butte au mépris, aux reproches immérités, avec menaces et violences (il est vrai non brutales) et que le retour à la communauté conjugale doit lui en faire craindre le renouvellement. Elle est bien fondée à avoir perdu toute confiance en ce que le défendeur soit capable — abstraction faite de sa bonne volonté en cela — de faire renaître et de maintenir les bonnes conditions dans l'état de mariage, auxquelles elle peut raisonnablement prétendre. — L'affection et la confiance réciproque des deux parties étant éteintes, une communauté mentale entre eux est peu vraisemblable. A cela s'ajoute indiscutablement que, comme chez tous les paranoïaques, chez le défendeur, sa propre personnalité, son propre intérêt est au premier plan de ses sentiments et de ses pensées, que tout égard pour une autre personnalité, toute considération pour une autre opinion est exclue du fait de son égocentrisme démesurément accru (Surexpertise. Feuille 361). Il est à prévoir que, si les parties tentent de vivre ensemble, bientôt se soulèveront les questions qui les séparent dans la vie commune au sujet de l'éducation des enfants, de la conduite du ménage; avec les dissidences entre les avis normaux de la défenderesse et les opinions fausses du défendeur, et en raison du caractère entier et opiniâtre de celui-ci, il en résultera des conflits et des scènes d'excitation; de sorte que la demanderesse, dans la vie en commun avec lui, subira un tourment d'autant plus insupportable que, d'après le certificat du Dr A... et le témoin L..., elle se trouve, à la suite des émotions du procès en divorce, dans un état qui fait naître les craintes les plus vives pour sa santé physique et psychique. Ce que le défendeur ressent ou pourra ressentir dans l'avenir d'une façon égale ou semblable, il n'y a pas à discuter cette question, car (comparer la décision citée plus haut du Tribunal d'Empire) *le sentiment que peut ressentir l'époux malade de l'absence de la communauté mentale n'est pas une des conditions exigées par l'article* 1569.

Donc, la communauté mentale entre les parties a disparu; d'après la surexpertise du Collège médical de Coblentz, il est indéniable que, de par l'incurabilité quasiment certaine de la maladie du défendeur, et par conséquent de par la continuation prévisible de l'état actuel, toute prevision d'un rétablissement de la communauté mentale peut être exclue.

Toutes les conditions requises par l'article 1569 sont réalisées, le divorce est donc prononcé.

III. — En l'état, il n'y a pas à discuter si la plainte, en tant qu'elle s'appuie sur l'article 1568, est fondée.

IV. — En ce qui concerne les frais, ils sont réglés d'après l'article 91 du Code de procédure civile.

Dans le même ordre d'idées, le divorce peut être prononcé en dehors de tout délire, la folie morale qui ne se traduit que par des actes nuisibles est suffisante pour y donner lieu (1).

Folie morale. — La femme refuse de travailler, elle est querelleuse, revêche, surtout d'un caractère malfaisant ; elle entre en fureur pour les moindres causes, pendant la vie commune elle a maltraité son mari ainsi que les enfants ; elle a déchiré et brûlé ses vêtements et ceux de ses parents ; les rapports conjugaux sont complètement détruits ; le mari ne peut plus être mis dans l'obligation de continuer le mariage avec elle.

Il n'a pas été pris de conclusions par la défenderesse ; elle ne s'est pas non plus expliquée sur sa plainte.

D'après le rapport, il s'agit de débilité mentale (Schwachsinn) de moyen degré, qui se manifeste tant sur la sphère morale qu'éthique et peut être qualifiée de folie morale, laquelle est considérée non seulement au point de vue médical mais légal comme maladie mentale (au sens du § 56, Z. p. 104, Z. 2 et 3 du D. B. G. B.).

Son libre arbitre n'existe plus que dans la limite des habitudes journalières ; la communauté n'existe plus et son influence sur le cours des pensées de la malade est comme abolie.

Il ne peut être tenu compte de l'opinion des membres du tribunal de première instance, reposant sur des impressions personnelles uniques et non sur un rapport d'expert, que la malade est absolument lucide sur les raisons de leur interrogatoire, qu'elle connaît sa situation, qu'elle cherche à réfuter les reproches qui lui sont faits et à les retourner au plaignant.

Il n'y a pas lieu de faire état des actes reprochés au sens du § 1568 et les conditions du § 1569 sont réalisées.

Les frais incombent à la plaignante d'après le § 91, paragr. I, phrase I du C. P. O.

Il est des faits en apparence probants en faveur de la persistance de la communauté conjugale et qui en réalité ne prouvent rien : la vue de l'anneau de mariage, la visite du conjoint peut rappeler l'état conjugal au malade ; ce ne sont là que des souvenirs pro-

(1) *Psychiatrisch-neurologische Wochenschrift*, p. 105, n° 20, 10 août 1901.

duits par des impressions extérieures. On ne peut non plus tenir compte du désir que peut manifester le malade de voir son conjoint parce que celui-ci lui apporte des friandises, ni les lettres qu'il écrit sous la pression du médecin ou que lui rédige un autre malade.

Et même, la conservation de la conscience de l'état de mariage, le désir manifesté par le malade de ne pas divorcer ne suffit pas pour empêcher le divorce, car la loi a été faite aussi bien pour l'époux sain.

Démence vésanique. — Le mari est atteint de démence secondaire à un délire de persécution. Il a des hallucinations de l'ouïe, auxquelles il réagit, il est vrai, assez peu; il est surtout indifférent et apathique. Il s'occupe de son métier de menuisier.

L'expert a répondu négativement à la demande du tribunal si la maladie a atteint un tel degré que la communauté intellectuelle entre les époux a disparu. Il s'est basé sur ceci : « Aussi bien, fin mai 1900 que le 20 juin 1900, le malade m'a déclaré qu'il ne voulait pas divorcer. Il aurait vécu heureux avec sa femme, et après Pâques 1900, quand elle l'a visité pour la dernière fois, il se serait entretenu amicalement avec elle. Il sait qu'il n'est pas tout à fait bien portant, qu'il ne peut nourrir sa femme, aussi est-ce le mieux pour lui qu'il reste à l'asile; mais il tient beaucoup à sa femme et ne voit pas pourquoi il divorcerait. Conclure de la longueur du maintien à l'asile, que la communauté morale a disparu, ne me paraît pas admissible. Cet homme est un malade tranquille, inoffensif, qui pourrait vivre hors de l'asile s'il avait quelque fortune et que sa femme voulût s'en charger. Sans doute par cette maladie incurable la communauté mentale est fort troublée et diminuée, mais je ne puis la tenir pour disparue. »

Le tribunal n'a pas suivi l'expert. Il a pensé que la loi est faite aussi bien en faveur de l'époux sain. *Il faut considérer les réalités concrètes*, surtout la longue séparation des parties dues aux conditions pécuniaires. A cela s'ajoute la nature de la maladie du mari; sa conscience d'être marié et son désir de rester marié ne sont nullement la preuve d'une participation intellectuelle au mariage. Dans ces conditions, intellectuellement il lui est devenu complètement étranger depuis longtemps. Il ne pourrait être imposé à la plaignante (elle a déclaré dans le conseil de tutelle, le 29 janvier 1900, qu'elle voulait se remarier) une continuation du mariage avec le malade (1).

---

(1) *Psychiatrisch-neurologische Wochenschrift*, 18 mai 1901, t. III, p. 77. II Civilsenat des Hanseatischen Oberlandesgerichts de Hambourg.

Appel fut interjeté. Le jugement de deuxième instance modifia quelque peu les considérants (le juge de première instance s'étant, semble-t-il, appuyé sur les conditions matérielles de la vie conjugale), mais confirma le prononcé du divorce.

L'histoire de l'article 1569, dit-il, montre qu'une maladie mentale qualifiée seule suffit pour le divorce, et que cette qualification de la maladie, on ne doit pas la chercher dans son action sur la communauté de vie conjugale et domestique, mais dans son action sur la communauté mentale des époux.

Ici le juge remarque — et cela est d'une extrême importance pratique, on le conçoit — que le législateur s'est abstenu de donner une définition exacte de ce concept et insiste sur ce fait que — nous l'avons relaté plus haut — la proposition fut rejetée de faire dépendre la qualification de maladie mentale, de ce que le malade a perdu la notion du lien conjugal.

En somme, dans la jurisprudence allemande, la perte de cette notion est suffisante pour faire prononcer le divorce, mais n'est nullement nécessaire.

La faiblesse mentale ne suffit pas pour faire prononcer le divorce ; par contre, elle suffit pour faire prononcer l'interdiction. On en arrive alors parfois aux situations les plus singulières comme dans le cas suivant.

Le malade F... avait été interné en 1897, pour un délire systématisé primaire se traduisant par des idées de jalousie. Mis plus tard en liberté, il protesta contre son interdiction pour aliénation mentale qui fut par un jugement transformé en interdiction pour faiblesse mentale. Or, après la mise en exercice du code, sa femme demande le divorce pour cause d'aliénation mentale, ce qui fut accordé d'après les considérants suivants :

Il n'y a pas de doute que depuis 1897 F... est dominé par des idées délirantes qui transforment considérablement sa situation à l'égard des siens. Depuis six ans il voit en sa femme, peu désirable et affaiblie, une personne qui a trahi sa foi, il lui fait les reproches les plus invraisemblables : qu'elle se donne pour de l'argent, qu'elle a ainsi acheté une villa pour chacun de ses enfants. Il ne reconnaît pas ceux-ci pour les siens, il les appelle du nom de leur père supposé et porte ainsi

préjudice à leur honneur. Toute la Hesse, dit-il, a eu affaire à sa femme. La fille de F... déclare que sa mère n'est plus en sûreté, que sans son fils il l'aurait blessée. Si par moments ses idées pâlissent, elles ne le quittent pas en réalité et il est entièrement dominé par elles; ses paroles de repentir n'ont aucune valeur. Il menace de faire la peau à son médecin en qui il a eu auparavant confiance. Il a des hallucinations de la vue et de l'odorat.

F... fut divorcé pour aliénation mentale et resta interdit pour faiblesse mentale.

Il est remarquable que les juges aient admis le divorce dans un cas où la malade manifestait des sentiments affectifs à l'égard de ses enfants et non de son mari (1).

Il s'agit d'une femme de trente-trois ans, mariée depuis cinq ans. Elle est sujette à des accès d'agitation, elle a abandonné son mari à diverses reprises. Finalement elle fut internée pour un délire hallucinatoire suivi d'affaiblissement intellectuel. Elle manifeste de l'affection à l'égard de ses enfants uniquement.

La jurisprudence sur les formes périodiques ne nous paraît pas établie d'une façon certaine; nous n'avons pas trouvé de documents probants sur ce sujet. Schultze repousse le divorce dans ces cas.

Il existe cependant un cas des plus curieux où malgré des intervalles lucides le divorce fut prononcé; mais évidemment du fait de la préoccupation des juges de ne pas sacrifier un individu sain et recommandable à une femme parfaitement méprisable; et non en se fondant en réalité sur des bases médico-légales.

Il s'agit d'une alcoolique, dipsomane (2). La dipsomanie malgré les intervalles lucides est une cause de divorce.

F... a été interdite pour alcoolisme, condamnée pour escroquerie, poursuivie pour tentative d'avortement. Elle est atteinte de dipsomanie. Ses actes délictueux et sa mauvaise conduite continuelle montrent qu'elle n'a pas conscience de ce qu'est la

(1) *Psych.-neurol. Woch.*, 1900, n° 39, p. 375, t. II.
(2) *Ibid.*, 1905, p. 187, t. VII.

communauté mentale avec un mari. Ces crises de dipsomanie se rapprochent et éloignent de plus en plus les époux. — Le divorce est prononcé.

Par contre, dans un cas de folie périodique (1) le divorce ne fut pas prononcé. La malade eut en 1879, à vingt-trois ans, un premier accès. Elle eut un deuxième accès en 1896. Depuis ce temps elle est dans un état catatonique; mais on ne peut encore affirmer l'incurabilité. A notre point de vue, le diagnostic de folie périodique est douteux et nous ne citons le fait qu'au point de vue du principe admis dans de tels cas.

D'autre part, dans certaines circonstances, des intervalles lucides n'excluraient pas le divorce. Le cas de ce genre que nous avons rencontré n'est pas explicite, nous n'y faisons donc qu'une allusion à titre documentaire (2).

Il semblerait, à première vue, que la paralysie générale ne puisse donner lieu à des procès en divorce en raison de sa durée si souvent inférieure à trois ans. Néanmoins il s'est trouvé des cas prolongés où la difficulté à été grande.

Paralysie générale prolongée. — Le juge de première instance repousse la demande en divorce, parce que d'après le rapport de l'expert, il n'a jamais été observé à l'asile d'état de confusion (Verwirrtheit), que la mémoire est intacte, que le malade est orienté sur les particularités de sa vie et qu'il n'a nullement perdu compréhension et intérêt de ses conditions familiales. Cela résulte de la lettre du 25 octobre 1900, où il félicite la demanderesse pour sa fête, se plaint de son abandon et demande sa visite. De plus, le juge ne considère pas que toute chance de rétablissement soit exclue, parce que l'expert ne donne pas la maladie comme en toute certitude inguérissable.

Appel.—La plaignante expose les faits suivants : Dès 1893 il y a eu procès en divorce. Les témoins ont déposé alors que la plaignante était maltraitée. Dès cette époque, le Dr S... avait attesté que le malade, interné en 1892, était atteint d'une affection incurable due à des lésions organiques et que son état réclamait son placement comme aliéné dangereux. Dès 1891, il y avait eu demande d'interdiction qui fut rejetée.

---

(1) Forster. *Psych.-neurol. Wochenschrift*, n° 51, 15 mars 1902, p. 499.

(2) *Ibid.*, 1901, 8 juin. 11 p. 111.

La maladie daterait de 1888, où X... aurait présenté des anomalies de conduite; en 1889, il a eu du délire et des hallucinations avec troubles de l'équilibre, vertiges et troubles visuels. Placé à l'asile, on constate ces mêmes symptômes, de la paresse des pupilles, de la difficulté de la parole qui est ralentie avec accrocs. X... est désordonné, malpropre. Au reste, il vit dans l'asile, insouciant et content.

Il est en 1889 envoyé en permission chez lui. Ramené au bout d'un mois, il a détérioré des objets, incendié une grange par imprudence. Il s'est laissé ramener à l'asile et s'y montre satisfait quand il a à manger et à fumer. A ce moment, les signes physiques sont à peine démontrables. C'est un de ces cas de paralysie générale en rémission telle qu'elle ressemble pour les profanes à la guérison.

En 1893, l'interdiction est prononcée. Après un essai de sortie, X... est réintégré pour paralysie générale syphilitique qui, malgré d'apparentes améliorations transitoires, se manifeste par un affaiblissement progressif des facultés intellectuelles, disparition du sens moral, troubles cérébraux organiques qui doivent amener plus ou moins vite la mort. Pendant sa permission, X... a presque ruiné sa femme : il a fait des achats inconsidérés, s'est livré à la contrebande, a demandé une dame en mariage, fait des annonces de mariage dans les journaux pour se procurer de l'argent. Quoique impuissant, il s'est livré à des attentats génitaux sur sa femme; il a dérobé de l'argent à son beau-frère. Il est certain qu'il va ruiner sa famille et se mettre en conflit avec la loi. Il est dangereux pour l'ordre public.

Depuis sa rentrée à l'asile, il n'a pas changé : il a de la parésie faciale, des pupilles inégales et paresseuses, la parole hésitante.

Les lésions cérébrales sont prouvées scientifiquement par les paralysies des nerfs cérébraux. L'affection présente, il est vrai, une marche exceptionnellement lente; les signes de déchéance psychique deviennent moins évidents grâce à la vie réglée de l'asile, mais ils se manifesteraient si X... avait à combattre pour la vie sans surveillance et préservation. Cet affaiblissement n'apparaît pas pour un profane, par exemple, dans un exercice de numération, mais la conviction médicale repose sur une longue observation. X... est atteint d'une affection cérébrale lente; il n'y a pas prévision de guérison ou d'amélioration notable. Il n'est pas en état de mesurer les conséquences de ses actes.

La plaignante s'appuie sur tous ces faits et elle donne la preuve que, par les émotions causées par la vie en commun avec X..., elle a perdu transitoirement la parole, et cite comme

témoin le Dr B... Tous les faits ont été confirmés par les témoins en 1901.

Paralysie générale reconnue au cours d'un procès en divorce pour adultère. — Au cours d'une instance un divorce pour adultère, le mari, défendeur, est arrêté en octobre 1903 pour subornation de témoins et, dans la suite, placé en observation pour examen de son état mental. Le rapport du Dr D... conclut à une paralysie générale probable remontant au début de 1901; d'où non-lieu sur le fait de subornation; secondement, la plaignante est déboutée de sa demande en divorce pour cause d'adultère en raison de l'irresponsabilité du mari à l'époque où il a commis les actes reprochés.

La plaignante interjette appel et transforme préventivement sa plainte, en demande de divorce basée sur l'art. 1569. Les considérants du jugement d'appel repoussent la demande en divorce basée sur l'adultère, en raison de l'irresponsabilité due à la maladie, laquelle d'après les experts remonte au moins à une première attaque en 1901. Ils ne tiennent pas compte non plus des actes reprochés remontant à une date antérieure, bien que l'on ne puisse être assuré que le début de la maladie ne soit antérieur à cette date.

Mais ils admettent la demande en divorce basée sur l'article 1569.

Tout individu chez qui le libre arbitre a disparu n'est pas simplement faible d'esprit (1), mais aliéné. La maladie du défendeur dure depuis plus de six ans. L'expertise déclare que tout espoir de guérison a disparu. De plus, il est constant que la maladie a détruit toute communauté mentale entre les époux et que toute prévision de son rétablissement peut être exclue.

Il n'y a pas lieu d'exiger une sorte de mort mentale chez l'époux malade, ni une perte complète de toute connaissance de l'état de mariage; car même dans le délire partiel et dans les cas où le défendeur a conservé la faculté d'accomplir les actes simples de la vie journalière, comme cela a lieu dans le cas présent, l'article 1569 peut être appliqué.

Sous le terme de communauté mentale au sens juridique, la jurisprudence a établi qu'il ne faut pas entendre seulement la simple vie en commun des époux, mais un état tel qu'ils sont aptes à des sentiments et des pensées communes. (V. des R. G. 8 mai 1905. *Jur. Woch.*, 1905, p. 395.) Cette aptitude n'existe plus chez le défendeur. En effet, au cours de l'expertise médico-légale de six semaines dans l'asile, il n'a jamais parlé spon-

(1) Dans ce cas encore l'interdiction avait été prononcée pour faiblesse mentale.

tanément de sa femme et n'a manifesté aucune attention à son sujet. Ce n'est que sur une incitation qu'il a déclaré s'être toujours bien conduit à son égard, que ce sont les fils du premier lit qui l'ont excitée contre lui ; qu'il n'y a pas à se fier à elle, qu'elle se conduit mal avec des hommes, qu'il a intercepté une lettre de rendez-vous adressée par elle à un homme, mais qu'il ne peut en fournir aucune preuve. Le rapport des experts note que le défendeur est incapable de saisir le rapport des faits allégués avec le procès en cours ; que ce manque de conscience, ces idées fausses établissent un dissentiment irréconciliable entre sa femme et lui.., que son affaiblissement mental le rend incapable de prendre intérêt à qui que ce soit.

Il en résulte que la maladie a détruit tout ce qui constitue les liens du mariage, et sans espoir de rétablissement.

De plus, du côté de la femme, toute communauté mentale avec son mari a disparu, comme le prouve sa plainte pour subornation de témoins.

A ceci s'ajoute que les époux vivent séparés depuis six ans, malgré l'existence d'un enfant, que cette situation réciproque ne peut, d'après les prévisions humaines, jamais changer.

Les délires de jalousie peuvent donner lieu à des complications singulières. Ainsi dans un cas un mari dépose une demande de divorce pour injures graves. Demande reconventionnelle de la femme. Il est démontré que le mari manifeste des idées délirantes de jalousie (contre des prêtres âgés). La demande reconventionnelle basée sur l'article 1568 est transformée en demande basée sur l'article 1569 (1).

La loi impose une durée de trois ans de la maladie. On a admis définitivement ce chiffre comme représentant d'une façon suffisamment certaine le délai nécessaire au pronostic.

Il semblerait au premier abord que le texte impliquerait que la maladie a dû naître depuis le mariage ; en pratique la maladie peut avoir préexisté au mariage (2). Schultze admet même qu'un trouble mental congénital tombe sous le coup du paragraphe 1569.

Nous dirons à ce sujet qu'il est certain qu'il faut prévoir les cas où un mariage aurait été conclu volon-

(1) *Psych.-neur. Wochen.*, 1905, n° 39, t. VII, 23 déc., p. 353-360.
(2) Schultze, in *Handbuch der gerichtlichen Psychiatrie* de Hoche, p. 358.

tairement avec un aliéné reconnu tel, dans un but de lucre avec l'arrière-pensée de divorcer dans les délais légaux. C'est là d'ailleurs un argument des opposants au divorce pour cause de folie. Des dispositions légales peuvent parer à cet inconvénient. Nous n'insisterons pas ici sur ce point, d'ordre purement juridique et législatif.

Le malade est un imbécile congénital ne sachant écrire que son nom. Il a un délire de grandeur. Il était déjà malade au sens de la loi au moment du mariage. A un accouchement de sa femme il avait menacé la sage-femme « parce qu'elle avait pris huit singes dont sa femme avait accouché et les avait remplacés par un enfant supposé ».

Interné, il se trouve bien à l'asile, sa femme peut se faire nourrir par d'autres. Idées de préjudice contre sa femme, il la brutalise. Il raconte devant ses enfants ses rapports avec la baronne R... et beaucoup d'autres femmes.

S'il a encore souvenir de l'existence de son mariage, il n'a plus aucun intérêt pour ce lien (1).

Dans un autre cas, le médecin de l'asile a admis une faiblesse mentale marquée, mais pense qu'une amélioration n'est pas impossible : il s'agit d'une fille faible d'esprit, ayant eu un accès de mélancolie; s'étant montrée dès le mariage incapable de diriger son ménage, la sœur du mari dut venir la suppléer. La malade présente l'aspect de démence précoce; ne réclame qu'à manger.

Le divorce fut prononcé (2).

*
* *

La question d'incurabilité, quoique ce mot ne soit pas prononcé dans le texte de la loi allemande, domine la question. C'est au nom des guérisons tardives que Blanche a fait repousser l'amendement Guillot. Mais comme nous l'avons dit, on est étonné de voir qu'il n'apporta que des affirmations et qu'il ne cita qu'un seul fait, absolument contestable d'ailleurs. Nous ne referons pas le procès du rapport de Blanche, nous renverrons à la solide argumentation de Luys. Nous pourrions même dire que dans de tels cas, on peut poser la question

(1) Oswald. *Pysch.-neurol. Woch.*, 14 mai 1904, n° 17, p. 69.
(2) *Ibid.*, t. II, p. 370, n° 38, 1900.

préalable. En effet, l'argument en apparence invincible des auteurs qui citent des guérisons tardives à l'encontre du divorce, tombe devant ceci : dans de tels cas, si le médecin avait eu à examiner son malade en vue d'une demande de divorce, il est certain que cet examen lui aurait permis de constater des signes tels qu'il aurait pu, ou prévoir la guérison, ou élever des doutes sur l'incurabilité, de telle sorte qu'il aurait par son rapport fait rejeter la demande.

N'ayant pas observé personnellement depuis quinze ans de guérisons tardives à proprement parler, nous avons voulu recueillir tous les faits de ce genre et les analyser afin d'approfondir cette question angoissante. Dès le début de nos recherches, nous avons constaté que ce travail avait été fait par Petrén (1) de façon magistrale. Dans une série d'articles qui représentent un travail énorme et épuisent le sujet, Petrén a pris un à un les cas de malades guéris après plus de quatre ans de maladie qu'il a trouvés dans la littérature médicale de tous les pays, les a analysés et comparés. Il s'étonne, à juste titre, de la légèreté avec laquelle les auteurs ont apporté de soi-disant cas probants.

La majorité des observations — d'ailleurs, disons-le, données dans un but tendancieux — sont si incomplètes, si écourtées, à commencer par celle de Blanche, qu'elles sont inutilisables et qu'on peut les considérer comme nulles et non avenues. Il n'en retient que trente-trois, dans lesquelles on peut admettre une guérison tardive. Ainsi, depuis 1885, sur les centaines, les milliers d'observations d'aliénés parues, il y a trente-trois guérisons tardives prouvées. Voila pour la fréquence.

Quant à la nature de la maladie, la plupart des cas appartiennent à la folie périodique (maniaque-dépressive) et, dit Petrén, à la catatonie (2). Nous devons dire ici qu'à notre avis ce dernier terme est impropre et qu'on

---

(1) Petrén. Ueber Spätheilung von Psychosen. Nordisches Medizinisches *Archiv. Medizin.*, 1907-1908, t. 40 et 41. Eine monographische Studie. Bibliographie complète.

(2) Il est curieux de noter que Petren admet des guérisons dans des délires systématisés au sens de Magnan. Nous croyons son interprétation inexacte dans un cas.

lui a donné, en Allemagne et ailleurs, une extension tout à fait exagérée. D'ailleurs, à l'analyse des observations, on arrive à la conclusion qu'il s'agit là encore généralement de formes périodiques ou mélancoliques. Presque tous les cas sont de quatre à neuf ans de durée, un de dix ans, deux de onze ans, un de douze ans (Petrén, p. 289, 1908, tableau L).

Nous n'aborderons pas ici le côté clinique de la question, recherche des signes permettant d'affirmer l'incurabilité dans un grand nombre de cas. Le pronostic immédiat est, il est vrai, souvent très aléatoire ; mais il n'en est plus de même après une observation prolongée, et personne ne nous contredira quand nous dirons que l'aliéniste peut fréquemment affirmer l'incurabilité, autant qu'il est humainement possible d'affirmer un fait. C'est ce que les jurisconsultes allemands ont compris. Cette année même, dans l'une des observations citées, le tribunal ayant à décider sur la disparition de la communauté mentale dans un cas de paranoïa où l'un des experts disait qu'il arrivait, rarement il est vrai, que cette affection guérisse, ce tribunal admettait l'opinion du Collège médical de Coblence déclarant que, dans la règle, cette affection est incurable, et il ajoutait, que l'on ne pouvait se laisser arrêter par des exceptions. Nous avons donné plus haut le fait *in extenso* (1).

Nous serions absolument opposé à ce que, dans la loi, on désigne les maladies (2) pouvant être considérées comme incurables, car la loi n'a pas à se préoccuper de l'incurabilité, ainsi que l'ont si bien compris les Allemands, mais de la disparition de la communauté intellectuelle.

Néanmoins, nous pouvons affirmer que des démences précoces, des délires systématisés, par exemple, sont incurables. Nous avons tous observé de ces histoires lamentables où un époux jeune, au lendemain du ma-

---

(1) *Psych.-neur. Woch.*, XII, n° 45, 4 février 1911.

(2) C'est ce qu'exprime l'exposé des motifs de la loi allemande : « Il ne s'agit pas ici de formes de troubles mentaux, mais de certains stades terminaux des formes les plus diverses de maladies mentales, lesquels se peuvent diagnostiquer. » (Mendel. *Vierteljahreschrift für gerichtliche Medizin*, 1889.)

riage, est lié pour la vie à un dément précoce. On a parlé, dans de tels cas, de la moralité, qui ne permet pas d'abandonner un malade. Où est-elle réellement, la moralité? Il serait immoral de permettre au conjoint sain de fonder une nouvelle famille grâce au divorce? Il est plus moral, sans doute, comme cela se passe habituellement aujourd'hui, que l'époux sain se crée un faux ménage et que ses enfants adultérins ne puissent même pas être reconnus si le malade meurt. N'avons-nous pas vu maintes fois un mari amener sa maîtresse pour lui montrer sa femme légitime démente, afin de l'assurer que la liaison qu'il lui propose sera définitive ; ne savons-nous pas ce que signifient les lettres où l'époux sain nous demande de dire toute la vérité parce qu'il a certaines dispositions à prendre?

Il est évident que c'est une grave responsabilité pour le médecin de déclarer l'incurabilité. La loi allemande a prévu que (article 623 Code de procédure civil) : « Il ne peut être prononcé de divorce pour cause d'aliénation mentale sans que le tribunal ait entendu un ou plusieurs experts sur l'état mental du défendeur ». Bresler et Schultze (1) recommandent la prudence aux médecins et émettent le vœu qu'il soit fait appel à des spécialistes autorisés. Il est probable, sans doute, qu'il n'y a pas qu'en France que la justice fasse appel à des aliénistes d'occasion, comme nous en voyons éclore depuis quelques années.

Quoi qu'il en soit, les tribunaux allemands paraissent faire généralement appel à plusieurs experts, et c'est le juge qui, en toute conscience, apprécie les données du problème, quand il se trouve en présence de rapports contradictoires. Dans un cas de délire systématisé mystique avec démence secondaire, où les rapports sont discordants, le divorce est prononcé (2). De même, dans le cas suivant :

Démence post-puerpérale (3). — La malade est hors d'état de comprendre les pensées et les sentiments du plaignant,

(1) Schultze. *Handbuch*, p. 355.
(2) *Psych.-neur. Woch.*, V, n° 57, 1903.
(3) *Ibid.*, n° 19, 3 août 1901, p. 198.

comme le réclame la vie commune conjugale, qu'elle n'a pas la moindre idée des devoirs qui découlent de l'état de mariage.

Quoique l'expert K..., tout en admettant l'incurabilité, tienne pour possible une amélioration en ce sens que la conscience de la malade pourrait s'éclaircir tout en laissant un degré moyen de faiblesse mentale (Schwachsinn), et qu'il pense que ce degré de faiblesse mentale *n'exclut pas le rétablissement de la communauté mentale* entre les époux ; cependant, le tribunal, conformément aux conclusions de l'expert R..., a considéré qu'on peut admettre, en raison de la longue durée de la maladie, la certitude de disparition de la communauté mentale.

Le divorce est prononcé.

Le cas échéant, le juge fait appel à un surexpert, comme dans le cas suivant (1) :

Alcoolisme chronique. — Pour l'un des experts, le malade est dans un état d'idiotisme, pour l'autre, il y a simple faiblesse mentale, n'excluant pas la communauté mentale. Le juge pense que la communauté mentale est évidemment une communauté supérieure à la simple vie en commun des époux, une communauté telle que ceux-ci participent à des sentiments et des pensées communes. Il décide de recourir à un surexpert.

Il est à noter que l'internement du malade — quoique ce soit là le cas ordinaire — n'est pas indispensable, et il existe des circonstances où le divorce fut prononcé, le malade restant en liberté.

*
* *

Nous n'avons pu nous procurer de statistique récente donnant le pourcentage des divorces pour cause d'aliénation mentale (la statistique (2) officielle, que nous avons pu consulter, ne donne pas le chiffre brut des divorces), mais seulement un court relevé de Mendel (3), antérieur à la généralisation de la loi à tout l'Empire. Discutant les craintes de Martin et Damerow, que cette

(1) *Psych.-neur. Woch.*, VIII, 1907, n° 41, p. 379.
(2) *Statistisches Jahrbuch für das Deutsche Reich.*
(3) *Vierteljahreschrift für gerichtliche Medizin*, 1889. La série d'articles de Mendel est entièrement à lire. Ce noble esprit considérait comme un titre d'honneur de faire aboutir la proposition de loi sur le divorce pour aliénation mentale.

loi entraînerait à des divorces légèrement et fréquemment prononcés et mettant en danger la base morale du mariage, il montre qu'au tribunal de Berlin, en 1882, sur 905 divorces, il n'y en eut que 4 pour maladies mentales, et, en 1883, 6 sur 996. Tous, sauf un, concernaient des gens pauvres. Dans le grand duché de Bade, sur 217 divorces, furent prononcés :

28,9	p. 100	pour adultère.
63,9	—	pour mauvais traitements, etc.
1,8	—	pour disparition.
1,8	—	pour condamnation déshonorante.
3,6	—	pour folie.

Knecht (de Colditz, en Saxe) a enregistré, sur 170 entrées de malades (hommes), 6 à 8 demandes en divorce.

Krafft Ebing indique que, de 1881 à 1894, en Prusse, le divorce pour aliénation figure pour : 0,5 p. 100 des cas pour l'homme, et 1,3 p. 100 pour la femme.

Dans la discussion au Reichstag, il a été démontré qu'en Prusse il n'y avait pas eu une erreur à enregistrer, malgré cette circonstance aggravante, si l'on peut dire, que, avant 1900, la loi prussienne n'exigeait qu'un an de maladie, et que le terme employé (Wahnsinn) avait le sens le plus étendu. Dans les deux seuls cas que nous ayons rencontrés dans nos lectures, où les malades ont pu sortir guéris, l'auteur qui les relate, d'ailleurs sans détail, ajoute que le divorce survenu pendant la maladie était ce qui pouvait arriver de plus heureux pour les deux parties, et que les uns et les autres se montraient satisfaits de la situation. Nous ne pouvons trouver meilleure conclusion.

DISCUSSION

M. Juquelier. — M. Trénel disait tout à l'heure qu'en France, un texte dont les termes prêteraient à discussions autant que ceux du texte allemand ne serait pas voté par le législateur. Cela est possible ; mais ce qui fait l'intérêt de l'article 1569 du Code civil allemand, c'est son imprécision même, grâce à laquelle une grande liberté d'interprétation est laissée au juge. Les médecins aliénistes avec qui nous avons eu l'occasion

de nous entretenir de la question de l'aliénation mentale et du divorce, depuis notre première communication à cette société, M. Fillassier et moi, ne sont pas tous d'accord sur le principe ; mais la plupart nous ont cité des cas de leur observation personnelle, à propos desquels le divorce leur eût semblé la solution heureuse par excellence.

Ne souhaitions-nous pas d'ailleurs, même avec la loi française actuelle, que les magistrats, dans certaines espèces, se crussent autorisés à rompre le lien conjugal, malgré la présomption d'aliénation mentale concernant l'un des époux, le défendeur d'ordinaire? On peut donc se rallier à la législation allemande, puisque celle-ci semble laisser aux tribunaux, dûment éclairés par leurs experts, un très large pouvoir d'appréciation concernant chaque cas particulier.

M. Arnaud. — Le législateur allemand (que M. Trénel approuve), autorise, dans certaines circonstances, le divorce pour cause d'aliénation mentale. Mais je n'ai pas entendu, dans le très intéressant exposé qui vient de nous être fait, que ce législateur se soit inspiré pour cela d'un seul argument d'ordre médical. La communauté mentale cesse d'exister lorsqu'il y a incompatibilité d'humeur, tout autant que lorsque l'un des conjoints est aliéné. Au point de vue strictement médical, le divorce pour aliénation mentale ne se défend pas mieux que le divorce pour tout autre maladie chronique.

M. Trénel. — Il ne s'agit que de cas particuliers : le législateur demande au médecin de lui fournir les arguments qui lui permettent de se prononcer dans chaque cas. En principe, il ne pose pas la question de guérison, précisément pour ne pas embarrasser l'expert ; il veut être renseigné sur la valeur et sur l'avenir probable de la communauté mentale. Dans un des cas que j'ai résumés, le tribunal, embarrassé par le désaccord des experts, a tranché le débat en s'appuyant sur un avis récemment formulé à une Société psychiatrique.

M. Arnaud. — Je ne dis pas qu'on ne discute pas sur des faits médicaux, je dis qu'en général la dissolution du mariage pour cause de folie n'a pas été justifiée par un argument médical.

C'eût été par exemple un argument médical (s'il était démontré que la procréation est plus limitée en dehors du mariage), que d'invoquer, pour rompre le mariage d'un aliéné, la mauvaise qualité probable de ses descendants à venir.

M. Lwoff. — La comparaison proposée par M. Arnaud entre la folie et les maladies chroniques est-elle absolument exacte? Il y a, du fait de l'aliénation mentale, une transformation complète de la personnalité du conjoint; parfois même il y a, à proprement parler, mort mentale suivant la première expression employée dans la loi allemande. Il n'en est pas ainsi d'ordinaire d'un tuberculeux ou d'un cancéreux.

M. Piéron. — M. Arnaud a tout à fait raison de rappeler que la question du divorce et des causes légales de divorce relève du domaine social et non du domaine médical. Mais cela n'empêche pas, lorsque les législateurs songent à faire intervenir un état morbide comme cause de divorce, qu'il est utile pour les médecins d'envisager l'applicabilité de la loi; et, à ce titre, l'étude documentée de M. Trénel, qui montre le fonctionnement d'une telle loi dans un important pays, fonctionnement qui paraît donner pleine satisfaction, une telle étude est d'une très grande importance pour donner confiance à ceux qui songent à doter notre pays d'une loi semblable.

M. Lwoff. — La question n'est pas médicale, parce qu'il n'est pas médical on non de divorcer : il n'en est pas moins vrai qu'un projet de loi tendant à l'admission de l'aliénation mentale parmi les causes de divorce ne peut pas ne pas intéresser les aliénistes.

M. Trénel. — C'est de cette façon que nous désirons intervenir : le Parlement est saisi de deux projets de loi, nous pouvons ici, dans une société médicale, faire de la question une étude susceptible d'éclairer le législateur. D'ailleurs mon rôle aujourd'hui consistait simplement à faire une revue générale en ce qui concerne l'Allemagne. Ce n'est qu'accessoirement que j'ai été appelé à exprimer mon opinion personnelle.

M. Ballet. — Un journal médical fait actuellement une enquête à propos de la question de l'aliénation mentale et du divorce. Des juristes ont répondu, et

aussi des médecins. Comme M. Arnaud, je n'ai pas vu que ces derniers aient apporté au débat des arguments médicaux. Je ne pense pas, quant à moi, devoir répondre à la question posée. Cependant, j'ai eu l'occasion d'exprimer oralement mon avis à ce sujet, et j'ai dit : « Vous me demandez si l'on doit parfois autoriser le divorce pour cause d'aliénation mentale ; cette question de principe est étrangère à la médecine, et ce n'est pas en tant que médecin que je pourrais vous répondre. Que le législateur résolve le problème qui est sien, et, dans les cas particuliers à propos desquels vous me demanderez ensuite un avis médical, je vous dirai si les conditions que la loi exige sont réalisées ».

M. Trénel. — Pourtant, avant de rédiger un texte, le législateur peut avoir intérêt à connaître l'opinion d'un médecin expérimenté.

M. Piéron. — M. G. Ballet, en reprenant l'objection de M. Arnaud, d'après laquelle la question du divorce pour aliénation mentale n'est pas du domaine des aliénistes, déclare que ceux-ci n'auront à intervenir qu'une fois la loi votée, pour étudier ce qu'ils pourront avoir à faire à ce moment. Mais, si nous sommes tous d'accord sur ce point que, en étant pour ou contre le divorce par aliénation mentale, l'aliéniste se prononce en tant qu'homme et non en tant que médecin, avec cette restriction cependant que son opinion peut avoir plus de poids parce qu'elle est fondée sur une connaissance plus précise des situations concrètes, il n'empêche que l'opinion des aliénistes sur l'applicabilité de la loi est absolument nécessaire pour que le projet de loi puisse être utilement discuté. On a déjà objecté en effet à cette cause de divorce que les médecins ne pourraient jamais affirmer l'incurabilité d'une maladie mentale. Dès lors, le médecin aliéniste devant être le pivot des instances en divorce invoquant ce motif, il est assez naturel qu'on se tourne vers vous pour vous demander si vous pourrez remplir le rôle qu'on songe à vous confier. Si, demain, on pouvait guérir d'un coup de baguette magique toutes les maladies mentales, il n'y aurait évidemment plus lieu de songer à un motif de divorce basé sur de telles affections ; il est donc nécessaire que vous disiez si vous êtes capables de pronosti-

quer avec suffisamment de certitude l'issue de telles ou telles formes d'aliénation, d'affirmer en certains cas l'incurabilité pratique. Il faut que vous renseigniez le législateur sur l'influence que peuvent exercer les diverses formes d'aliénation sur les rapports conjugaux, matériels et moraux, sur ce que les Allemands appellent la « communauté mentale ». On songera peut-être un jour à faire de la tuberculose ou de tout autre maladie une cause de divorce ; on ne pourra le faire qu'après un avis des médecins compétents, non sur le principe même, mais sur l'applicabilité d'une telle loi, sur les moyens de dépister la tuberculose, de pronostiquer son issue, etc. Il y a donc là une intervention indispensable *avant* et non pas après la discussion du projet de loi. Et, à ce titre, je le répète, l'étude de M. Trénel, qui apporte des faits, qui montre qu'un tel système marche, constitue une démonstration péremptoire que le système peut fort bien marcher. Qu'il *doive* marcher en France, c'est une autre question, sur laquelle M. Trénel a le droit d'avoir et de donner son opinion personnelle, d'homme ayant une expérience en ce délicat sujet.

M. Ballet. — Le législateur serait bien léger s'il ne consultait pas les personnes compétentes ; le tout est que celles-ci restent dans leur rôle, et se bornent à fournir un avis technique.

M. Arnaud. — A propos des guérisons tardives sur la rareté desquelles M. Trénel a retenu notre attention au début de son exposé, je me rappelle avoir personnellement observé une malade qui guérit après un séjour de quatorze ans dans une maison de santé. Cette guérison semble se maintenir depuis un temps déjà assez prolongé.

La séance est levée à 6 h. 30.

J.-M. Dupain et P. Juquelier.

SÉANCE DU 26 JUIN 1911

Présidence de M. KLIPPEL, vice-président.

Lecture et adoption du procès-verbal de la séance précédente.

MM. Dupouy et Levassort, membres correspondants, assistent à la séance.

Correspondance et présentation d'ouvrages.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. Sérieux, qui s'excuse de ne pouvoir assister à la séance ;

2° Une lettre de M. Friedländer, qui remercie la Société de l'avoir nommé membre associé étranger ;

3° Une lettre de M. René Charpentier, qui pose sa candidature à la place vacante de membre titulaire. — Commission : MM. Bonnet, Capgras, Mignot, Picqué, Vigouroux ;

4° Une lettre de M. Lucangeli, médecin du manicome de San Cipriano, à Gênes, qui demande à faire partie de la Société en qualité de membre associé étranger. — Commission : MM. Legras, Lwoff, Ritti, rapporteur ;

5° Une lettre de M. le Secrétaire général du vingt et unième Congrès des médecins aliénistes et neurologistes, qui demande à la Société de se faire représenter par une délégation. Sont délégués : MM. Klippel, Lwoff et Semelaigne ;

6° Une lettre de M. Warmotte, chef du service de la Documentation à Bruxelles, qui demande un exemplaire des statuts de la Société. — Satisfaction a été donnée à cette demande.

M. le Président. — M. le Dr Ameline a été récemment blessé à la tête dans une révolte de ses malades et a été ainsi frappé dans l'exercice de ses fonctions de médecin d'asile. Je propose à la Société d'adresser à notre collègue, M. Ameline, avec nos sincères condoléances, l'assurance de nos sentiments les plus sympathiques.

Rapport de candidature.

M. Dupain. — Messieurs, dans votre précédente séance vous avez nommé une Commission composée de MM. Sérieux, Vigouroux et Dupain, rapporteur, à l'effet d'examiner les titres et travaux scientifiques de Mlle Constanza Pascal, docteur en médecine de la Faculté de Paris, ancienne interne des asiles d'aliénés de la Seine, médecin de l'asile de Clermont-de-l'Oise.

Ce n'est pas une innovation, Messieurs, que de présenter à vos suffrages une candidature féminine. Votre Compagnie compte trois dames associées étrangères : Mlle Robinovitch (de New-York), la dernière élue; Mlle Nadine Skwortzoff (de Moscou), la première en date, et Mme Xénaïde de Gorsky (de Saint-Pétersbourg). A cette époque, déjà lointaine, dont je vous prie d'oublier la date, j'étais le rapporteur de la Commission chargée de vous faire agréer la candidature de Mme de Gorski. Aujourd'hui, après un long intervalle, je me retrouve comme autrefois rapporteur de la candidature d'une doctoresse.

Par son mérite scientifique, Mlle C. Pascal ne le cède en rien à ses devancières ; mais, en vertu d'une réglementation nouvelle, il lui fut permis de pénétrer sur le territoire officiel du domaine de la médecine mentale et d'y occuper sa place : d'être interne et, plus tard, médecin des asiles d'aliénés.

C'est ainsi qu'en 1903, Mlle Pascal subit avec succès les épreuves du concours de l'internat des Asiles de la Seine et qu'elle vint à Vaucluse dans mon service. Déjà préparée par ses études de médecine générale, élève instruite et laborieuse, il me fut aisé de l'initier à la clinique mentale. Assidue le matin à l'observation des malades de mon service, elle travaillait encore l'après-midi dans le laboratoire de mon collègue et ami le Dr Vigouroux, attentive à reconnaître sur des coupes microscopiques la meurtrissure des éléments de l'encéphale. Dès le commencement de l'année 1905, Mlle Pascal présente à la Société anatomique le résultat des recherches faites en collaboration avec le Dr Vigouroux sur les lésions du cerveau dans la paralysie générale et

sur l'anatomie pathologique des formes atypiques de cette maladie. Après avoir ainsi fait ses premiers débuts à Vaucluse, Mlle Pascal passe dans un autre asile, et, pendant qu'elle était à la Maison de santé de Ville-Evrard l'interne de votre président, M. le Dr Sérieux, elle étend encore ses connaissances cliniques en psychiatrie et se perfectionne dans l'examen des malades. Aux premiers matériaux recueillis à Vaucluse, elle en ajoute d'autres et élabore sa thèse de doctorat, remarquable travail sur « Les formes atypiques de la paralysie générale (hémiplégie et aphasie) ou prédominances régionales des lésions dans les méningo-encéphalites diffuses ». Cette thèse, honorée d'une récompense de la Faculté de médecine, est à la fois un travail de clinique mentale et d'anatomo-pathologie.

De nombreuses observations cliniques avec autopsie et examen histologique la complètent et l'enrichissent, et vous lui avez décerné le prix Moreau (de Tours) en 1906.

D'autres travaux suivirent, tels : la période prodromique, la forme neurasthénique, les états mélancoliques, les rémissions dans la démence précoce, etc., travaux qui furent justement appréciés par les membres du jury lorsque Mlle Pascal se présenta au concours de l'adjuvat des asiles d'aliénés en 1908. Reçue à ce concours, elle fut désignée pour remplir les fonctions de médecin à l'asile de Clermont-de-l'Oise. Pourvue de cet emploi, Mlle Pascal publie encore des observations : « Un cas d'ictus avec aphasie motrice et agraphie chez une démente précoce » en collaboration avec le Dr Nadal ; « Valeur séméiologique de l'apraxie » en collaboration avec le Dr Dromard. Enfin elle fait paraître cette année même un volume sur « La démence précoce, étude psychologique, médicale et médico-légale », dont vous avez certainement lu dans les divers périodiques les élogieux comptes rendus.

Messieurs, je ne voudrais pas retenir plus longtemps votre attention bienveillante en vous exposant le mérite de l'ancienne élève studieuse et distinguée des membres de votre Commission. Ancienne externe des hôpitaux de Paris, ancienne interne des asiles de la Seine, lauréate de la Faculté de médecine de Paris,

lauréate de votre Société (Prix Moreau de Tours), médecin des asiles d'aliénés, vous connaissez la carrière parcourue, avec un tel succès, par Mlle Pascal. Vous avez la preuve qu'elle est digne d'apporter sa part de contribution à vos travaux et de fréquenter chez vous. Le charme féminin ne sera pas une nuisance aux scientifiques débats de votre Compagnie, et votre Commission vous propose de décerner à Mlle C. Pascal le titre de Membre correspondant de la Société médico-psychologique.

Mlle Pascal est élue membre correspondant à l'unanimité des votants.

Rapport de la Commission du prix Esquirol.

M. Truelle. — Messieurs, vous avez chargé une Commission, composée de MM. Arnaud, Colin, Legrain, Lwoff et Truelle, de vous adresser un rapport sur les Mémoires présentés à la Société en vue de l'obtention du prix Esquirol.

Quatre manuscrits ont été déposés.

Le Mémoire n° 1, dû à M. le Dr Beaussart, interne des asiles de la Seine, est intitulé : *Le saturnisme dans les maladies mentales*, titre trop modeste, puisque l'auteur nous donne une étude documentaire, clinique et expérimentale très étendue, des accidents cérébraux de toute nature, causés par l'intoxication plombique. On pourrait même reprocher à cette étude d'être trop étendue, car le morcellement, en nombreux chapitres et sous-chapitres qu'elle nécessite, en rend la lecture quelque peu ardue, et noie en partie les observations très nombreuses et les recherches personnelles de l'auteur, pourtant d'un haut intérêt.

Après avoir rappelé comment, grâce à l'examen cytologique du liquide céphalo-rachidien, Mosny et ses élèves avaient pu démontrer l'existence de méningo-encéphalites saturnines, aiguës ou chroniques, dont les diverses manifestations cliniques devaient être radicalement séparées du groupe vaste et confus des encéphalopathies saturnines, M. Beaussart arrive à cette question si intéressante, et si controversée, de l'existence d'une paralysie générale d'origine saturnine.

Depuis longtemps, les faits cliniques avaient établi qu'on pouvait observer chez certains malades, chroniquement intoxiqués par le plomb, un syndrome paralytique régressif et curable, et chez d'autres, un même syndrome progressif et mortel. S'agissait-il, dans le premier groupe de faits, de pseudo-paralysies générales, et dans le second, de paralysies générales vraies? Les travaux de Mosny avaient bien prouvé que, dans l'un et l'autre cas, il y avait lymphocytose rachidienne, donc, méningo-encéphalite, non évolutive dans un cas, évolutive dans l'autre; restait encore la question de savoir si la paralysie générale, cliniquement constatée, devait être imputée à la seule intoxication plombique, ou bien si, à cette intoxication, ne venait pas nécessairement s'ajouter l'infection syphilitique. Dans ces cas à double circonstance pathogène, Mosny et Malloizel avaient constaté, dans le liquide céphalo-rachidien, une lymphocytose plus considérable que dans ceux où le saturnisme pouvait être seul mis en cause; mais cette notion du degré de la lymphocytose manquait de précision; seule dans l'état actuel de nos connaissances, la réaction de Wassermann pouvait solutionner le problème. C'est précisément sur ces recherches particulières que portent les travaux personnels de M. Beaussart. Chez toute une série de saturnins, réalisant cliniquement le syndrome paralysie générale, l'auteur du Mémoire n° 1 a pratiqué l'examen du liquide céphalo-rachidien, au point de vue cytologique et au point de vue de la réaction de Wassermann; et les résultats qu'a donnés celle-ci lui permettent de conclure que s'il existe des formes passagères de méningo-encéphalites saturnines qui régressent et que l'on peut, si l'on veut, appeler pseudo-paralysies générales saturnines, d'une part, on voit que, même dans ces formes régressives, l'infection syphilitique peut coexister avec l'intoxication plombique, et que, d'autre part, la réaction de Wassermann négative prouve qu'il existe des paralysies générales saturnines indemnes de syphilis.

C'est là une conclusion extrêmement intéressante, nous ne craignons pas de le répéter. On pourrait seulement reprocher à M. Beaussart de ne pas l'avoir mise suffisamment en valeur et, comme nous le disions au

début, d'en avoir atténué la portée par une sorte de revue encyclopédique du saturnisme cérébral, toutefois intéressante et instructive.

Le Mémoire n° 2 : *Les opiomanes, mangeurs, buveurs et fumeurs d'opium*, est dû à M. le Dr Roger Dupouy, ancien chef de clinique des maladies mentales, médecin-adjoint de la Maison nationale de Charenton. C'est un véritable volume, fort long, rempli de citations, et cependant d'une lecture attrayante et facile, car il se présente sous une forme très littéraire, qui en fera certainement une publication agréable et intéressante à lire pour un nombreux public. On y trouve l'histoire de quelques toxicomanes célèbres, tels que Quincey, Coleridge, Poë, Beaudelaire, et aussi une auto-observation d'un fumeur d'opium, qui décrit sous une forme très captivante les jouissances et les méfaits de l'opium, observation dans laquelle M. Dupouy a su judicieusement puiser au cours de son Mémoire. Nous signalerons encore le rôle que l'auteur fait jouer à l'esprit d'imitation et à la contagion dans le développement de l'opiomanie sous toutes ses formes, conception intéressante et que l'observation paraît bien justifier, en effet.

Ce travail constitue, pour l'étude et l'histoire des opiomanes, une documentation importante et de réelle valeur.

Dans le Mémoire n° 3, M. Calmettes, médecin-adjoint de l'asile de Naugeat, nous offre une *Contribution à l'étude de l'alcoolisme et de la démence précoce.* Il est très fâcheux que le temps ait sans doute manqué à l'auteur pour coordonner son travail et pour mettre en forme ses observations personnelles, qui sont nombreuses.

Il en résulte qu'on le suit mal dans le développement des trois hypothèses qu'il émet sur les relations possibles de la démence précoce avec l'intoxication alcoolique :

1° L'alcoolisme est la cause déterminante de la démence précoce ;

2° L'alcoolisme est la cause occasionnelle de la démence précoce ;

3° La démence précoce est primitive, l'alcoolisme est secondaire, mais rend la démence plus rapide et lui donne des caractères particuliers.

Il en résulte aussi que, de la lecture de ce mémoire, on ne sort pas très convaincu de la nécessité de créer une variété nosologique nouvelle qui serait la *démence précoce alcoolique*.

Le mémoire n° 4 est dû à M. le Dr Benon, médecin-adjoint des asiles publics d'aliénés ; il est intitulé : *Essai sur la démence traumatique. Etude historique, clinique et médico-légale.*

Ce travail puissamment documenté par 57 observations, dont 5 personnelles, perd beaucoup de sa valeur pour avoir été ainsi limité à la seule étude historique, clinique et médico-légale. Beaucoup des problèmes si intéressants que soulève cette question de la démence traumatique : sa réalité d'abord, son étiologie et sa pathogénie ensuite, son diagnostic même, les subdivisions qu'y introduit l'auteur selon l'âge et les antécédents des traumatisés, l'existence d'une paralysie générale post-traumatique, tout cela reste quelque peu imprécis par suite de cette limitation du travail. On ne peut que regretter vivement que l'auteur n'ait pas cru devoir puiser dans les nombreuses observations qui forment la majeure partie du mémoire les éléments d'une étude plus complète et partant plus convaincante. Quoi qu'il en soit, ce travail restera précieux par la réunion même de ces cinq observations personnelles de l'auteur jointes aux cinquante-deux autres qu'il a puisées dans la littérature médicale.

Somme toute, ces quatre mémoires ont chacun une valeur qui leur est propre, et votre Commission s'est trouvée quelque peu embarrassée pour l'attribution du prix.

Regrettant que les deux derniers mémoires ne constituent pas par eux-mêmes une étude complète ou suffisament mise au point du sujet traité, elle a cru, à la majorité, devoir les éliminer. Tenant compte de la valeur, indiscutable bien que différente, des deux premiers mémoires, l'un purement médical et scientifique, mais, un peu diffus, l'autre peut-être un peu trop littéraire, mais complet, bien ordonné, et dans l'ensemble si plein d'intérêt, à la majorité encore, votre Commission vous propose de partager le prix Esquirol entre MM. Beaussart et Roger Dupouy, qu'elle vous présente sans autre classement que l'ordre alphabétique.

Après le jour où la Commission s'était réunie pour la discussion de ce rapport, M. le Président de la Commission du prix Esquirol a reçu la lettre suivante :

Asile de Ville-Evrard. le 17 juin 1911.

Mon cher collègue,

Les soussignés ont décidé de se retirer du Concours Esquirol. Vous voudrez bien le faire connaître à celui de nos collègues qui est chargé du rapport afin qu'il en soit fait mention.

Bien cordialement à vous.

Signé : Dr Legrain, Dr Lwoff.

Conformément aux conclusions du rapport précédent, MM. Beaussart et Roger Dupouy se partagent le prix Esquirol.

Rapport de la Commission du prix Moreau (de Tours).

M. De Clérambault. — Messieurs, au nom d'une Commission composée de MM. Briand, Séglas, Toulouse, de Clérambault, rapporteur, je viens vous rendre compte des mémoires proposés pour le prix Moreau (de Tours).

Le mémoire n° 1 a pour titre : *De l'achondroplasie, spécialement étudiée au point de vue mental.* Il est rédigé très littérairement ; ses conclusions, bien que déjà formulées à diverses reprises dans la science, ne sont pas encore de notion courante. Dans l'achondroplasie l'intelligence est presque toujours normale, souvent même assez développée. Une propension à l'hypomanie est très fréquemment constatée, et la forme délirante habituelle, logique pour ainsi dire, des achondroplasiques, est la manie. Tendance malicieuse et tendance érotique sont remarquables dans leur mentalité journalière et dans leurs accès maniaques francs. Des troubles pluri-glandulaires sont à la source de ce psychisme. Les sécrétions génitales internes (hypercrinies) commanderaient à la fois les troubles du développement (nanisme) et les particularités psychiques.

Le mémoire n° 2 a pour titre : *Considérations sur les rapports de l'épilepsie latente avec l'alcoolisme.* L'aptitude convulsive latente peut, nous dit l'auteur, être

réveillée de deux façons par le toxique exogène : directement ou indirectement. L'excitation directe est due à l'alcool même ; l'excitation indirecte est due à l'apparition, dans les humeurs, de poisons nouveaux dus à l'organisme tout entier, qu'altère l'alcool. Dans ce deuxième cas la suppression n'amène pas la cessation immédiate des crises. Travail consciencieux, documenté, clinique et rempli d'observations personnelles.

Le mémoire n° 3 est intitulé : *L'Aphasie dans ses rapports avec la démence et les vésanies*. Il comprend 253 pages, dont 27 de bibliographie. La nature du sujet comporte plus d'analyse et plus de dialectique que celle des précédents mémoires. A propos des aphasiques d'hôpital, l'auteur dans la première partie de son travail, insiste sur les différences qui existent entre ces malades et des déments, tant que leurs lésions restent circonscrites. La seconde partie est consacrée aux déments avec aphasie (démence sénile et paralysie générale) et aux diverses psychopaties susceptibles de simuler l'aphasie. La troisième partie est consacrée à la comparaison de ces troubles analogues dans leurs apparences ou dans leur genèse : lésions pseudo-bulbaires, aphasie, agnosie, apraxie. L'auteur examine, en terminant, les problèmes médico-légaux que soulève l'aphasie. Il avait exposé, au début, une théorie critique du langage et de l'idéation même, que nous trouvons claire, eu égard aux difficultés du sujet, et dont l'intention à elle seule décèle une qualité d'esprit particulière.

C'est sur ce mémoire que les préférences de notre Commission se sont réunies, et nous le proposons aujourd'hui à vos suffrages.

Conformément aux conclusions de ce rapport, le prix Moreau (de Tours) est décerné à M. Brissot, interne de l'asile de Villejuif, auteur du mémoire n° 3.

Rapport de la Commission du prix Semelaigne.

M. Rogues de Fursac. — Messieurs, vous avez nommé une Commission composée de MM. Magnan, président, Deny, Dupré, Semelaigne et Rogues de Fursac, rapporteur, à l'effet d'examiner les mémoires présentés pour le Prix Semelaigne.

Le sujet proposé était le suivant : *Histoire de l'origine et de l'idée de dégénérescence en médecine mentale.*

Un seul mémoire a été présenté. Il a pour auteur M. Génil Perrin.

La dégénérescence, nous dit M. Perrin dans l'introduction de son Mémoire, est encore diversement définie, ce qui revient à dire qu'elle est mal définie. Comme chaque auteur tient à sa propre définition, il est difficile d'entreprendre l'examen critique des différentes théories, sans s'exposer à mécontenter sinon tout le monde, au moins beaucoup de monde.

« Aussi, pour aborder cette question dans un esprit de conciliation, doit-on l'aborder dans un esprit d'absolue impartialité, dans l'esprit de l'historien d'aujourd'hui, qui expose, qui raconte, mais ne juge pas. L'exposé des différentes doctrines de la dégénérescence, l'histoire impartiale de sa naissance, de sa vie, de son état actuel, en un travail de synthèse aussi impersonnel et aussi objectif que possible, voilà sans doute ce que désire la Société médico-psychologique en mettant au concours l'Histoire de l'origine et de l'évolution de l'idée de dégénérescence en médecine mentale.

« On a beaucoup médit des travaux d'histoire scientifique, que l'on flétrit à plaisir du nom de compilation. Compilation si l'on veut, mais la compilation n'est pas inutile, elle n'est pas nuisible, elle n'est surtout pas antiscientifique. Ne vaut-il pas mieux relire les bons auteurs, réfléchir longuement sur leurs idées, s'essayer à mieux pénétrer leur pensée, chercher même dans les auteurs de second ordre des notions ingénieuses que le public n'a pas l'habitude d'aller leur demander? Cela ne vaut-il pas mieux que de vouloir lancer à la hâte des théories que l'on croit nouvelles quand elles gisent dans quelque œuvre oubliée, que de vouloir apporter des modifications retentissantes à une théorie que l'on ne s'est pas donné la peine d'étudier à fond, que de partir en guerre contre un auteur qu'on connaît mal, ce qui conduit souvent à enfoncer des portes ouvertes ou à combattre contre des moulins à vent? »

Cet éloquent plaidoyer pour l'Histoire de la Médecine, que j'ai tenu à citer textuellement, nous montre que M. Perrin a saisi exactement le sens et la portée de la

question posée par la Société médico-psychologique. Il a compris que tracer l'histoire de l'idée de dégénérescence et suivre depuis son origine jusqu'à notre époque l'évolution de cette idée, c'était faire une œuvre non seulement intéressante au point de vue historique, mais utile, nécessaire même, au point de vue de la psychiatrie pratique.

Le mémoire commence par une étude de la doctrine de Morel. Cette doctrine, loin de surgir tout d'un coup, sans lien avec le passé, se rattache au contraire aux progrès accomplis dans toutes les branches des sciences biologiques au temps de Morel.

D'abord, conception de naturaliste dans le « Traité des dégénérescences », l'idée de Morel devient plus nettement médicale dans le « Traité des maladies mentales ». M. Perrin l'analyse longuement et s'attache à nous en faire saisir la genèse dans l'esprit de son auteur, montrant que certaines nuances qui nous étonnent un peu aujourd'hui, sont les conséquences directes du milieu dans lequel grandit Morel.

C'est ainsi notamment que la notion d'un type primitif parfait, dont les dégénérescences constituent des aberrations, est d'origine biblique et était imposée à Morel par ses croyances religieuses.

M. Perrin expose ensuite les travaux des contemporains de Morel et les discussions qui eurent lieu à la Société médico-psychologique sur la folie héréditaire et sur la dégénérescence. Il nous conduit ainsi aux travaux de M. Magnan. M. Perrin insiste longuement sur l'importance que cet auteur attache à l'existence des stigmates physiques et psychiques, qui permettent, en dehors de l'existence d'antécédents héréditaires connus, d'attribuer à leur vraie cause les troubles mentaux des dégénérés.

La fortune, on pourrait dire la popularité, de la doctrine de M. Magnan est due, nous dit-il, non seulement aux idées qui la constituent, mais aussi, et pour une grande part, à la clarté et à la simplicité avec lesquelles elle a été exposée par l'auteur lui-même et par ses élèves, notamment à la conception schématique des cérébraux antérieurs et postérieurs.

Parallèlement à la psychiatrie française, la psychia-

trie allemande, souvent sous des noms différents, étudiait également la dégénérescence. M. Perrin établit les homologies du groupe des dégénérés dans la psychiatrie allemande. Il expose sur ce point les idées des différentes écoles, passe rapidement sur les idées de Schüle, qu'il qualifie d'incompréhensibles, nous montre Krafft Ebing découvrant, parallèlement à M. Magnan, les syndromes épisodiques et Kraepelin ramenant la question de la dégénérescence à une question d'étiologie générale.

Tel est, dans ses grandes lignes, l'exposé historique de la doctrine de la dégénérescence mentale prise au point de vue strictement psychiatrique. Restent un certain nombre de questions qui s'y rattachent étroitement : dégénérescence criminelle et dégénérescence supérieure, stigmates physiques, prophylaxie de la dégénérescence. Chacune de ces questions fait l'objet d'un chapitre spécial.

M. Perrin juge qu'il est impossible de résumer l'état actuel de la question de dégénérescence et que le mieux est de se borner à exposer les théories récentes. La caractéristique commune à la plupart est de manquer d'originalité et de se borner à résumer, d'une façon plus ou moins parfaite, les idées de Morel et de M. Magnan.

Un chapitre de conclusions synthétise en une vue d'ensemble l'histoire de la notion d'hérédité morbide et de l'idée de dégénérescence. L'auteur montre comment, des notions répandues dans toutes les religions et dans toutes les philosophies, se dégage, dans les temps modernes, grâce à l'application de la méthode baconienne d'abord, de la rénovation de la psychiatrie par la biologie ensuite, une notion de plus en plus précise qui devient enfin l'idée de dégénérescence exposée par Morel, et qui, à travers des modifications nombreuses et variées, domine encore la psychiatrie contemporaine au point de vue étiologique, sinon au point de vue nosologique.

Ajoutons que l'ouvrage de M. Perrin est écrit avec une remarquable clarté, que les faits y sont classés avec méthode et qu'il se termine par un index bibliographique extrêmement riche.

Nous pensons que ce mémoire où l'auteur se révèle à la fois médecin et historien, répond exactement à la

question posée par la Société et nous proposons de lui accorder le prix Semelaigne pour lequel il a été présenté.

Quelques modifications seront apportées au prix Semelaigne pour l'avenir. Ce prix, devenu triennal et d'une valeur de 300 francs, sera désormais attribué à la meilleure thèse soutenue, au cours des trois années précédentes, par un interne des asiles de la Seine ou des hôpitaux de Paris, sur un sujet de médecine mentale, concernant de préférence l'histoire, la législation ou la médecine légale.

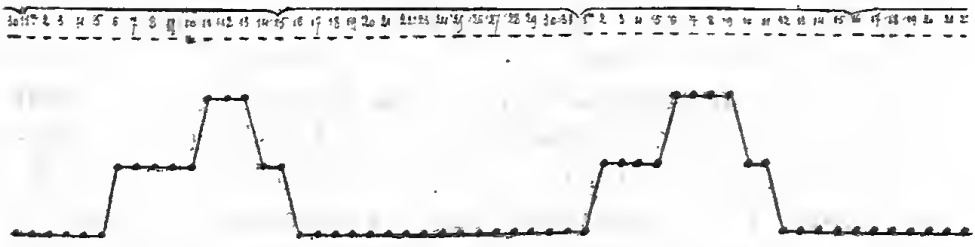
Conformément aux conclusions de ce rapport, le prix Semelaigne est décerné à M. Génil-Perrin, interne des asiles de la Seine.

Manie périodique guérie (?),

par M. Vigouroux.

L'observation que j'ai l'honneur de vous communiquer est difficile à interpréter : elle se rapporte à un malade, Ch..., âgé de quarante-quatre ans, que j'ai suivi et traité pendant dix ans. Pendant cinq ans, de 1903 à 1908, Ch... a présenté le syndrome clinique de la manie périodique avec ses caractères les plus classiques et les plus complets ; aujourd'hui, il peut être considéré comme guéri et a été mis en liberté.

Le graphique que je vous montre représente, noté



Portion de la courbe montrant l'alternance régulière des accès d'excitation et des périodes de calme du 30 novembre 1905 au 21 janvier 1906. La courbe tout entière a le même aspect.

jour par jour, son état du 23 mai 1905 au 17 mars 1906 et montre l'extrême régularité de ses accès d'excitation. Il pourrait s'étendre identique pendant cinq

années : tous les quinze jours apparaît un accès d'excitation de neuf à dix jours, avec deux ou trois jours d'excitation plus vive, suivi de retour au calme après un jour de dépression plus ou moins profonde.

L'accès d'excitation était tout à fait classique. Après une période de calme pendant laquelle Ch... s'était montré doux, facile à diriger, travailleur régulier et intelligent, subitement, le matin, son attitude changeait, sa physionomie s'animait, ses yeux brillaient, la tonalité de sa voix et sa manière de parler se modifiaient ; il présentait un véritable symptôme signal : à la visite, il me regardait des pieds à la tête et critiquait ou louait une partie de mes vêtements, le plus souvent mes souliers : « Docteur, vous avez de beaux souliers, vous devez être à l'aise dedans. » Puis, avec l'air ironique et impertinent si caractéristique des malades de cette catégorie, il ajoutait parfois : « Vous m'excuserez de regarder vos pieds, mais, étant un ancien cocher, c'est toujours par les pieds que je commence à regarder les bêtes. » C'était le début de l'accès, et médecins et infirmiers nous savions qu'il fallait isoler le malade et le changer de quartier.

Aussitôt, en effet, il devenait taquin avec les autres malades, malveillant et malfaisant. Il était loquace, et ses propos, sans être incohérents, étaient décousus, passant rapidement d'un objet à un autre. Il manifestait des idées de satisfaction personnelle mal définies : personne n'avait le droit de le commander à l'asile, ni médecin, ni infirmier ; il interpellait insolemment les uns et les autres, les provoquait, les menaçait. Il s'occupait sans cesse des faits et gestes des autres, excitait et taquinait ses camarades. Il avait de l'agitation motrice qui se manifestait par un besoin de mouvements et l'impossibilité de rester immobile, soit assis, soit alité. Il ne déchirait pas ses vêtements, mais les ajustait de façon spéciale, mettant les jambières du pantalon dans les chaussettes, donnant une forme spéciale à sa coiffure, etc. La nuit, il dormait très peu, passant son temps à parler seul et à faire des gestes.

Jamais je n'ai trouvé aucune cause organique pouvant expliquer l'apparition des accès. L'examen des urines avant et après la crise a donné un résultat

négatif : pas de glycosurie alimentaire, pas d'albuminurie, etc. Un accès avait été accompagné d'une éruption furonculeuse, mais ce fait a été exceptionnel.

Pendant cinq années, nous avons assisté à la reproduction d'accès identiques. Cependant, à partir de 1908, les accès n'eurent plus la même régularité dans leur apparition. Les périodes de calme devinrent progressivement plus longues et les périodes d'excitation plus courtes, l'excitation fut moins intense.

En 1909, les accès ne sont plus assez forts pour nécessiter un changement de quartier. Ils se caractérisent seulement par un peu de loquacité et une tendance à la taquinerie. Le symptôme signal des chaussures a disparu. Ch... demande sa sortie au moment où il s'excite.

En 1910, Ch... n'a plus d'accès d'excitation, tout au plus est-il pendant un jour ou deux un peu énervé tous les deux mois. Il se plaint de la tête et dit qu'il est constipé. A ces moments-là, ces modifications d'humeur ne sont visibles que pour les gens qui vivent très près de lui.

En 1911, il est très calme et ses enfants, après l'avoir pris en congé plusieurs fois, demandent sa sortie.

Ch... n'a jamais présenté d'affaiblissement intellectuel. Il a conservé une mémoire très fidèle de tous les événements survenus avant son entrée à l'asile et pendant son séjour, et il a pu nous donner sur lui-même des renseignements précis qui ont confirmé ceux que nous avait donnés sa famille et dont nous allons parler maintenant.

C'est qu'en effet, si la folie intermittente de Ch... a eu une terminaison imprévue, le début de la maladie n'avait pas été non plus conforme à ce qu'on observe d'habitude.

J'ai dit que depuis 1903 Ch... avait eu des accès réguliers d'excitation maniaque, mais en fait il était malade depuis 1900.

Le 1er mai 1900, le Dr Garnier portait sur lui le diagnostic « de délire mélancolique avec confusion mentale ; hallucinations de l'ouïe, idées de persécution et de culpabilité à la fois ». M. Garnier ajoutait que Ch... avait été trouvé le matin à la porte de la prison du

Cherche-Midi, où il voulait se constituer prisonnier. A la clinique, le Dr Rogues de Fursac, quinze jours plus tard, note que la confusion mentale et l'anxiété sont effacées, constate la présence des idées de persécution avec hallucinations de l'ouïe et de la sensibilité générale et signale l'alcoolisme dont les pituites et un tremblement marqué des mains sont les vestiges. Le 24 juin 1900, à l'asile de Vaucluse, le Dr Blin fait le diagnostic de dépression mélancolique avec idées de persécution chez un alcoolique.

De 1900 à 1902, il reste à Vaucluse, ses idées de persécution ne persistent pas; il présente à intervalles irréguliers des idées délirantes de grandeur avec excitation : il va se marier, il est décoré, il est député de Douai, il va donner à ses camarades des fermes en Bretagne, etc. Il semble toujours être halluciné. Bien qu'il ait des périodes de calme, rien ne m'avait encore fait penser à la folie intermittente. Lorsqu'il quitta l'asile en 1902 pour être transféré à Villejuif, mon diagnostic hésitait entre alcoolisme chronique et paralysie générale.

Il fut donc transféré à l'asile de Villejuif, obtint sa sortie et quelques mois après fut arrêté de nouveau. M. Legras note du délire mélancolique avec appoint alcoolique probable, loquacité incohérente (1er janvier 1903). M. Magnan fait le diagnostic de *dégénérescence mentale avec alcoolisme* et, à Vaucluse, je porte le diagnostic de : *délire polymorphe avec excitation intellectuelle et idées de grandeur*. C'est à partir de ce moment que les accès d'excitation survinrent avec la régularité et les signes que j'ai signalés, sans que jamais plus je n'aie observé d'hallucinations d'aucune sorte.

Si maintenant nous étudions les antécédents héréditaires et personnels de Ch..., nous voyons, par les renseignements fournis par ses frères et ses enfants et confirmés par lui, qu'il n'a aucune hérédité psychopathique connue et qu'il est père de quatre enfants bien portants. Il n'a jamais fait de maladie grave et n'avait jamais eu de troubles mentaux. Il était intelligent, travailleur, d'une humeur très égale, sans que jamais on ait remarqué chez lui de phase de dépression ou d'excitation. Cocher dans une maison bourgeoise et marié avec une cuisi-

nière, il était très heureux, lorsque, à l'exemple de beaucoup de ses camarades, il voulut prendre un débit de vin-restaurant. Ce fut un désastre. Toutes les économies des époux furent rapidement englouties, et sa femme et lui prirent des habitudes alcooliques. Sa femme le quitta. Il se trouva seul, ruiné et intoxiqué par l'alcool.

A ce moment, il eut des cauchemars, des hallucinations, des idées de persécution et des idées de culpabilité : il se crut poursuivi par la police, etc.

Tous ses parents et lui-même attribuent les troubles qu'il a présentés à l'intoxication alcoolique.

Voici donc un malade, sans hérédité psychopathique marquée, chez lequel le tempérament cyclothymique ne s'était pas manifesté, qui, à trente-neuf ans, sous l'influence d'émotions pénibles : perte d'argent, séparation de sa femme et surtout d'excès alcooliques, a présenté pendant dix ans des troubles mentaux. Ceux-ci ont consisté d'abord en un délire polymorphe hallucinatoire dont l'origine toxique pouvait être soupçonnée à juste titre, puis ont évolué et se sont transformés en une véritable manie périodique dont tous les caractères et particulièrement la durée (cinq années) pouvaient légitimer un pronostic des plus sombres.

On peut évidemment se demander si la guérison sera durable. Je crois qu'il est permis de l'espérer, étant données la lente régression des symptômes et la durée déjà longue de leur disparition complète — durée relativement très grande par rapport à la courte durée des périodes d'excitation et de calme.

Quoi qu'il en soit, cette observation m'a paru intéressante et digne de vous être rapportée, au point de vue clinique et au point de vue pathogénique.

Au point de vue clinique, la forme, l'évolution, la durée des troubles que je viens de vous décrire sont d'une extrême rareté.

Au point de vue pathogénique, malgré l'absence de signes cliniques permettant d'affirmer l'altération de tel ou tel organe sous l'action de l'alcool, il semble bien que l'origine alcoolique de cette folie intermittente puisse être sinon affirmée, du moins soupçonnée.

A côté des folies intermittentes idiopathiques qui

surviennent sans cause chez des sujets à prédisposition spéciales, il y a des folies intermittentes symptomatiques se présentant avec les mêmes signes cliniques. On a observé et décrit le syndrome folie périodique dans la démence précoce, dans la paralysie générale, etc.; il est vraisemblable que ce syndrome peut apparaître à la suite des intoxications ou infections de diverses natures.

DISCUSSION

M. Arnaud. — Je me demande, après avoir suivi avec beaucoup de soin, cette très intéressante communication, si le titre choisi par M. Vigouroux est bien celui qui convient, et si l'affirmation de la guérison n'est pas prématurée.

L'observation de M. Vigouroux est, je le répète, très intéressante à plusieurs points de vue : début anormal de la psychose, régularité de la périodicité pendant plusieurs années, longue période silencieuse ensuite. Mais ce silence est-il assez long pour qu'on puisse considérer le malade comme guéri? J'ai présente, à la mémoire, l'histoire clinique d'un intermittent qui fut, pendant dix ans, très bien portant entre son troisième et son quatrième accès maniaque. Cet intervalle était beaucoup plus long que les précédents, et on aurait pu considérer le malade comme guéri : il n'en était rien.

M. Vigouroux. — Si le titre de ma communication indique la guérison possible du malade, c'est que j'ai eu le dessein d'attirer votre attention sur les phénomènes m'ayant permis d'envisager cette hypothèse; mais je ne puis, bien entendu, être très affirmatif à cet égard. Sans doute l'intervalle de trois ans n'est pas extrêmement long en soi et, si l'on envisage la folie intermittente en général, ici, pourtant, il est prolongé par rapport aux périodes antérieures de calme qui, pendant cinq ans, ne dépassaient pas quinze jours. Cette disposition d'une part, le fait d'autre part que les accès maniaques ont été s'atténuant, m'ont permis de songer à une évolution particulièrement favorable de la psychose. C'est pourquoi j'ai prononcé le mot de guérison. Je pensais, bien entendu, à toutes vos réserves.

M. Lwoff. — J'ai observé une malade intermittente

qui, après une succession d'accès séparés par des intervalles courts, a présenté une période de quatre ans de santé parfaite. Puis un accès d'excitation est revenu : le rythme était changé, mais la malade n'était pas guérie.

M. J. Séglas. — Je croirais aussi volontiers, que la cessation des accès est l'indice, non d'une guérison proprement dite, mais plutôt d'un simple changement dans le type de l'intermittence, jusque-là périodique.

D'autre part, l'importance du rôle de l'alcool me paraît ici très discutable. Il me semble difficile d'admettre que l'alcool ait conditionné, pour plusieurs années, toute la suite des accès du malade, condamné à la sobriété par son internement même. Doit-on considérer les accès de type disparate qui ont précédé l'internement comme des accès d'alcoolisme? Ne pourrait-on pas tout aussi bien admettre, que ce maniaque intermittent a pu faire, au cours et sous l'influence de ces accès, alors qu'il était en liberté, des excès alcooliques, dont l'appoint aurait modifié le tableau clinique de l'accès maniaque, par l'addition de quelques symptômes surajoutés?

M. Vigouroux. — Les parents m'ont affirmé qu'il n'y eut aucun trouble mental avant les accidents ayant déterminé le premier internement; ils ont été aussi très affirmatifs en ce qui concerne la réalité et l'importance des excès alcooliques antérieurs à cet internement.

M. Klippel. — Le rôle pathogénique de l'alcool, en ce qui concerne le délire du début, serait intéressant à préciser. Le délire a été beaucoup plus long que n'est habituellement un accès de délire alcoolique. Faut-il considérer que l'intoxication éthylique a frappé un système nerveux constitutionnellement faible? Faut-il songer à des lésions surajoutées?

M. Vigouroux. — J'ai fait remarquer, dans l'observation, que l'examen physique du malade ne m'a pas révélé d'insuffisances viscérales notables.

Récidives éloignées de la manie et de la mélancolie,

par M. Roger Dupouy.

Il semble que les aliénistes soient actuellement divisés sur la question d'admettre ou non l'existence de la manie franche, dite idiopathique et non récidivante. (Voir notamment l'enquête statistique de Rémond et Voivenel : Essai sur la valeur de la conception kraepelinienne de la manie et de la mélancolie ; enquête et critique ; *Annales médico-psychologiques*, nov. 1910, janv. 1911, et l'article récent de C. Rougé : Manie simple et psychose périodique ; statistique ; *Annales médico-psychologiques*, mai 1911.) Les uns affirment énergiquement son entité, les autres la nient avec non moins d'énergie et prétendent faire entrer tous les cas de manie dans la psychose périodique. Le problème peut cependant être résolu très simplement si l'on veut bien accepter que la manie simple, la manie récidivante et la manie périodique ne constituent que des variétés cliniques d'une même affection mentale, la psychose maniaque. Suivant le terrain sur lequel évolue cette psychose, que nous n'hésitons pas à qualifier de constitutionnelle et à laquelle nous reconnaissons volontiers une base d'émotivité et d'affectivité pathologiques, souvent héréditaires au surplus; suivant les circonstances et les moments étiologiques, lesquels sont bien plutôt nerveux que physiques; suivant le degré de ce que J. Lépine appelle l'anaphylaxie cérébrale, l'affection une fois guérie ne se reproduit plus, ou bien récidive à plus ou moins longue échéance, ou bien encore revêt une déplorable périodicité. Est-ce que la notion de récidive, de répétition, de périodicité même, des coliques hépatiques, néphrétiques ou intestinales, de furoncles ou d'orgelets, d'un érysipèle ou d'un eczéma, est à ce point importante qu'elle suffit à établir une barrière théorique entre les cas qui demeurent isolés et ceux qui ne le restent point? Assurément non. Pourquoi donc raisonner pour les affections du cerveau et ses mani-

festations mentales autrement que pour les maladies du foie, du rein ou de la peau?

Certains caractères depuis longtemps admis par les auteurs permettraient de différencier la manie périodique de la manie simple : de ce nombre sont la soudaineté de l'invasion et la brusquerie de la guérison; en une nuit, quelquefois en une heure, le maniaque entre dans son accès ou bien en sort. Nous ne discutons pas le fait pour les vieux périodiques parcourant depuis de longues années leur même cycle morbide et accoutumés en quelque sorte à leurs variations d'humeur et à leur changement de personnalité. A celui que nous voyons terminer un cinquième ou un sixième accès maniaque, nous pouvons sans courir beaucoup de risques de nous tromper prédire un nouvel accès plus ou moins prochain. Mais lorsque nous avons assisté à l'évolution et à la guérison d'un premier accès maniaque, d'un accès franc, typique, classique, avons-nous les éléments d'un pronostic et pouvons-nous affirmer la possibilité ou non d'une récidive? Nous ne le croyons pas et la réserve de l'avenir nous paraît toujours prudente. Peut-on, d'autre part, se baser sur l'existence d'une longue période d'intégrité mentale à peu près absolue ayant succédé à un accès maniaque jusqu'alors unique, pour produire cette affirmation de la certitude d'une non-récidive? Nous ne le croyons pas davantage, car nous avons vu des récidives se produire après vingt ans et plus d'une santé psychique parfaite, du moins en apparence.

Voici un nouveau cas que nous venons d'observer tout récemment à Charenton, dans le service du Dr Marchand, que nous tenons tout particulièrement à remercier de son obligeance, de manie récidivée trente ans après le premier accès :

Mme H. M..., âgée de cinquante-deux ans, est entrée à la Maison de Saint-Maurice le 27 janvier 1911. C'est une Américaine du Nord qui n'est en France que depuis un peu moins d'un an, venue pour parfaire l'éducation artistique de ses filles. Voici bientôt six mois que son caractère, sous l'influence vraisemblablement de la vie mouvementée de Paris et de son atmosphère excitante, semble se modifier et s'exalter; son humeur s'affiche mobile, capricieuse, facilement enthousiaste; elle change à plusieurs reprises d'appartement et se livre à des

dépenses plutôt exagérées, lorsque brusquement, le 25 janvier, elle entre en pleine phase maniaque. Elle se met à manifester sans le moindre motif la gaieté la plus bruyante; elle crie, chante, se livre à des actes désordonnés, parfois même à des violences à l'égard des personnes de son entourage. Elle débite, d'un flux rapide, des propos incohérents à travers lesquels se découvrent des idées de teinte ambitieuse et mystique : elle est le Bon Dieu, l'incarnation de Notre-Dame-de-la-Salette, la Lumière, la Reine de l'Univers... Sous la poussée de son état d'exaltation maniaque, elle se prétend capable de voler à travers les airs et veut, pour en donner la preuve, se précipiter par la fenêtre, ou bien, entonnant un hymne patriotique, elle sort en chemise dans la rue. Son insomnie est complète et elle fait, la nuit, un tel vacarme, que dès le surlendemain on est obligé de l'interner.

Lorsque nous la voyons, à son arrivée, le tableau clinique est typique : il s'agit d'un accès de manie franche, avec désordre des idées et des actes, mais sans confusion mentale et sans hallucinations : le pronostic est, d'emblée, entièrement favorable. Son attitude est classique, débraillée, échevelée, provocante, maniérée, sarcastique, tumultueuse et joviale. Ses cheveux gris que dénoue et tiraille une main nerveuse, flottent sur ses épaules; ses gestes se font exubérants, les bras battant l'espace, les poings frappant la table; sa démarche est précipitée et heurtée, la malade ne peut tenir en place, elle saute, court, fait de brusques volte-face, lance une gifle au hasard du visage qui la reçoit, ou bien marche à petit pas d'une allure qui veut être souverainement digne et majestueuse; elle se drape dans une vaste robe de chambre à ramages, cambre le torse en arrière et esquisse une danse sinueuse dont elle compare la légèreté et l'élégance à celles du vol d'un beau papillon, ou bien elle cache son visage dans un vieux châle qu'elle affirme être le voile de la Vierge et le Saint-Sacrement.

Sa mimique est mobile et grimaçante, mais témoigne d'une humeur expansive et gaie; un sourire aimable fleurit sa bouche lorsqu'un rire puissant ne la déchaîne pas toute; le masque se couvre parfois d'une intempestive et plaisante autorité. Mais nulle inquiétude, nulle tristesse ne l'assombrit jamais. Le langage est décousu, l'attention impossible à fixer. Les propos ne sont qu'incohérences, jeux de mots, assonances, compliments ou insultes, lorsque des cris ou des chants assourdissants ne viennent pas les remplacer.

Voici, en exemple, quelques lignes de l'observation : «... Le Bon Dieu veut... c'est lui qui dirige les choses... C'est un papillon... il est joli... il a de belles petites oreilles... (elle agite le pan de sa robe de chambre pour imiter le vol du papillon,

puis elle éclate de rire, met sa tête sur la table et ferme les yeux, dessine des gestes mélodramatiques, déclame...). Vous pensez comme tous les gens intelligents... Pourquoi?... Parce que Dieu veut... La franchise est mère de la sûreté... Pensez, pensez encore et si vous avez une panse, vous penserez au Seigneur qui est la liberté. — Si vous trouvez la clef, vous me la donnerez... » Au milieu de cette logorrhée intarissable, on note des idées délirantes de grandeur et de mysticisme sans aucune systématisation... Elle est le cadran, elle fait marcher tout le monde. Elle est au Ciel, etc...

Peu à peu l'agitation s'apaise; le sommeil revient, les extravagances cessent; le 1er mars, l'amélioration est si notable qu'on prévoit à bref délai la sortie; celle-ci s'impose, en effet, le 23 du même mois. La malade quitte l'établissement entièrement guérie. Son état mental à ce moment peut passer pour normal. Mme H. M... se conduit de façon parfaite; ses gestes, son langage sont mesurés et d'une irréprochable décence. Elle a pleine conscience d'avoir éprouvé des troubles mentaux et s'en montre un peu honteuse. Pas de période dépressive. L'humeur reste aimable et plutôt enjouée.

Or, cet accès si franchement maniaque, qui a éclaté à cinquante-deux ans et a si complètement guéri, est le second; le premier a eu lieu *trente ans auparavant*, déclaré quelques semaines après un accouchement tout à fait normal et n'ayant laissé aucune suite, et s'est déroulé *identiquement pareil* à celui que nous avons vu évoluer. Mme H. M... s'est montrée pareillement agitée, insomnique, bruyante, désordonnée, semblablement délirante enfin, émettant les mêmes idées mystiques et mégalomaniaques : le deuxième accès n'est que la reproduction, la copie fidèle du premier; leur seule différence est que le premier eut une durée plus courte, trois semaines seulement, et que l'internement put être évité.

Dans l'intervalle des deux accès, notre malade a vécu d'une vie en apparence des plus normales et n'a offert, d'après les renseignements verbaux et écrits qui nous ont été fournis, aucune de ces oscillations de l'humeur, de ces perturbations cyclothymiques qui caractérisent si souvent les périodiques et équivalent à des accès frustes. Mme H. M... était, mais sans excès manifeste, d'humeur foncièrement gaie, de caractère sentimental, d'esprit religieux; c'était une nature artiste et sensible qui s'exaltait facilement, mais conservait malgré cela son entier équilibre.

Nous devons ajouter cependant que des tares nombreuses entachent l'hérédité et même la descendance de Mme H. M... Son père aurait été un buveur et un noceur, sa mère une autoritaire et une dépensière. De ses 18 frères ou sœurs, l'un s'est

suicidé par chagrin d'amour, une sœur est également en proie à des idées de suicide, une autre enfin a été aliénée après un accouchement. Notre malade s'est mariée à dix-sept ans, a eu 9 enfants et la ménopause s'est déclarée chez elle à trente-cinq ans, immédiatement après sa dernière grossesse ; 4 de ses enfants sont morts en bas âge, les 5 survivants ont respectivement trente-cinq, trente-deux, vingt-huit, vingt-quatre et dix-sept ans. Nous ne connaissons que les 2 derniers, 2 jeunes filles qui nous paraissent franchement déséquilibrées.

Ce que nous venons de dire pour la manie, nous pensons pouvoir le répéter en des termes identiques pour la mélancolie. Un premier accès de mélancolie peut, une fois guéri, ne plus se reproduire, récidiver après un temps plus ou moins long, ou revêtir une forme périodique. Voici une observation de mélancolie récidivée vingt-cinq ans après le premier accès, très analogue à celle, précédente, de manie.

Mme H. Le..., cinquante ans, entre à Saint-Maurice le 27 janvier 1911. C'est une mélancolique, déprimée et anxieuse. Son facies est triste et douloureux ; son regard inquiet, erre dans le vide ; sa parole est entrecoupée ; des soupirs gonflent sa poitrine et ses mains tremblent à tout moment. Ce qui domine chez elle, lorsqu'on l'interroge, c'est un sentiment d'asthénie profonde psychique et motrice ; elle est inhibée dans sa volonté, dans sa motilité, dans sa pensée, dans son émotivité et son affectivité. Elle ne peut plus vouloir, elle ne peut plus s'occuper, jouer du piano, elle est incapable de rien faire, elle n'a même plus la force de s'habiller. Elle n'aime plus les siens, ne se sent plus d'affection pour personne. Rien ne peut plus l'émouvoir, elle reste impassible, ne pleure pas, ne peut plus prier... Ses perceptions mêmes sont vagues et sans force. « Quand je regarde dans la rue, nous dit-elle, il me semble que je ne vois pas d'une façon nette ; c'est vague, il me semble que je vois et que je ne vois pas. »

Elle a ainsi le sentiment préoccupant d'un changement opéré en elle, d'une transformation de sa personnalité, et ce sentiment extrêmement pénible la conduit vers des idées de suicide. « Ma voix a changé : c'est saccadé, c'est rauque. Tout le monde le dit. On dit que j'étais gaie ; toutes ces dames me le disent. Elles voient que je suis changée. Je les rends malheureuses, mon frère aussi ; il maigrit, je rends sa jeunesse malheureuse. Toute la journée je suis chez moi, en train de tourner, de retourner sans pouvoir me décider à mettre la chose en place...

Je sens que je ne suis pas comme tout le monde. Ma position est si extraordinaire qu'il n'y en a pas d'autre sur terre... » Tout cela la rend malheureuse, effroyablement malheureuse; il n'y a personne sur terre aussi malheureux qu'elle, et elle rend autour d'elle tout le monde malheureux. Il vaudrait mieux qu'elle soit morte; elle voudrait bien ne plus être de ce monde...

Des idées de ruine avec appréhension anxieuse de son avenir et de celui des siens, des idées d'auto-accusation, de punition céleste et de damnation se greffent sur ce fonds d'asthénie mélancolique : elle n'a plus les moyens de vivre ainsi sans rien faire, elle est ruinée, elle et tous les siens. Elle va aller dans la rue, son frère aussi, il est ruiné... Tout est perdu... Elle n'a rien à se mettre, tout est usé... Toute la France est malheureuse de sa faute, elle sera cause de la ruine du monde entier. On va la condamner et la jeter en prison; elle est damnée. Nous relevons enfin chez elle des tendances aux idées de négation et d'immortalité, une ébauche de syndrome de Cotard. Elle n'a plus de cœur, plus d'affection, plus d'émotion, plus de sentiment; elle ne mourra pas, elle souffrira pendant des 4.000 ans; elle est Démon, elle est Satan.

Cet état, conditionné étiologiquement par des soucis matériels dus à la mévente des vins, a débuté trois mois avant l'internement par des préoccupations de jour en jour plus obsédantes, de l'insomnie et de l'anxiété progressives, sans toutefois qu'elle éprouve aucunement le sentiment d'une maladie physique : elle n'est pas malade, dit-elle, et n'a nul besoin d'être soignée. Rien, avant ces trois mois, ne pouvait dans son entourage le laisser prévoir ou seulement redouter. Et cependant cet accès de mélancolie anxieuse est le second. La malade, à l'occasion de son mariage, *il y a vingt-cinq ans*, a fait un accès analogue pour lequel elle a pareillement été traitée à Charenton du 5 novembre au 30 décembre 1885. Les deux accès sont cliniquement calqués l'un sur l'autre : même dépression mélancolique avec arrêt des fonctions psychiques et motrices, mêmes idées d'incapacité, de ruine et de damnation, même anxiété, même délire de négation...

Voici, au surplus, les deux certificats de Legrand du Saulle et de Ritti rédigés à cette époque (1885) :

« Mme H. est mariée depuis le mois de juin 1885; avant son mariage, elle est venue de la ville d'E..., où elle demeurait avec ses parents, à Paris et là, après une entrevue, on décida de son mariage; de ce jour, dit-elle, son caractère avait changé car, revenue dans l'hôtel où elle logeait, elle se mit à pleurer toute la nuit. Revenue chez ses parents, elle n'avait nullement conscience de ce qu'elle faisait, disant souvent qu'elle faisait

des préparatifs de mariage mais qui ne la concernaient pas, disant que c'était le mariage d'un étranger qu'elle préparait. Venue à Paris, elle est taciturne, ne parle que très peu, ne veut plus aller à l'église où elle allait beaucoup autrefois, car elle ne peut plus prier. Dans son intérieur, elle ne peut se livrer à aucun travail disant qu'elle ne peut rien faire; au début, elle craignait que son mari ne pourrait par son commerce suffire aux depenses de la maison; aujourd'hui elle ajoute qu'étant incapable d'entreprendre quoi que cela fût, elle est devenue un être inutile et qu'elle n'a plus qu'à mourir. Du reste, pendant deux mois qu'elle a passés chez ses parents où elle avait été conduite, elle recherchait tous les moyens de se suicider, voulant se pendre, se noyer, manger des champignons vénéneux, etc. Mais la surveillance permanente de sa mère l'empêcha d'exécuter ses projets. Aujourd'hui elle répond très bien à nos questions, mais ajoute qu'elle n'a plus d'affection pour personne, ni pour ses parents ni pour son mari, qu'elle ne croit pas être mariée, qu'elle ne sait plus penser; cependant, ne ressentant aucun mal, elle croit devoir refuser tout traitement.

« LEGRAND DU SAULLE. »

« Mélancolie anxieuse avec idées de damnation, délire des négations, idées de suicide, etc. Elle ne pense plus, n'aime plus personne, mérite d'être guillotinée, s'écorche la figure et les bras avec ses ongles. « RITTI. »

Or, dans cet intervalle de vingt-cinq ans qui s'est écoulé entre les deux accès mélancoliques et les deux placements de la malade à Charenton, Mme H. Le..., s'est montrée tout à fait normale, vivant de la façon la plus correcte, s'intéressant au commerce des vins et gagnant facilement sa vie. Elle était d'humeur agréable, nullement triste ni soucieuse; elle était pieuse, mais sans excès. Le seul fait important à noter chez elle, en dehors des soucis matériels que lui causa la crise vinicole, est l'installation de la ménopause il y a environ un an. Ajoutons enfin que nous ne connaissons aucun antécédent psychopathique dans sa famille, — ce qui ne signifie pas qu'il n'en existe point.

Cette dernière observation est intéressante, en raison non seulement du long intervalle sain séparant deux accès mélancoliques, mais encore de la parité clinique de ces deux accès survenus, le premier, chez la jeune fille à la veille du mariage; le second, chez la femme ménopausique à l'orée de la sénilité. Nous ne voulons pas poser ici le problème de la mélancolie présénile,

psychose d'involution. Il est, nous le savons, diversement résolu par les auteurs. Nous dirons seulement qu'il est fréquent de retrouver dans les antécédents d'une mélancolique présénile un ou plusieurs accès mélancoliques plus ou moins courts ou même plus ou moins frustes, ayant éclaté à l'occasion de la puberté, de la nubilité, ou d'un moment puerpéral quelconque, et nous rappellerons également ces trois caractères d'évolution qui différencient la manie de la mélancolie : celle-ci est beaucoup plus fréquente chez la femme que chez l'homme, elle a une durée généralement plus longue et passe plus facilement que la manie à la chronicité.

Il est un dernier point que nous devons aborder à l'occasion de cette communication. Lorsqu'un deuxième accès se produit après une très longue intermittence, ce deuxième accès est-il toujours de même formule, maniaque ou mélancolique, que le premier? Et, dans le cas contraire, doit-on, admettant l'autonomie de la manie et de la mélancolie, parler de psychose alterne, variété de folie intermittente, ou bien, n'acceptant qu'une seule entité nosologique, dire simplement récidive d'un accès maniaque-dépressif? Dans les deux observations que nous donnons aujourd'hui, le deuxième accès est la fidèle reproduction du premier; mais nous avons, dans une statistique antérieurement publiée sur la manie (Lallemant et R. Dupouy. Statistique des cas de manie observés à l'asile Saint-Yon. *L'Encéphale*, juin 1909), fourni cinq cas de psychose maniaque séparés d'un premier accès psychosique par une période d'au moins vingt ans (vingt-trois, vingt-six, vingt-sept, vingt et un et vingt ans) et, sur ces cinq cas, deux fois le premier accès était inverse du deuxième, c'est-à-dire était mélancolique.

Obs. 8020.	—	1er accès à 22 ans. .	Manie.
—		2e accès à 45 ans. .	Manie.
—		3e accès à 60 ans. .	Manie.
Obs. 8282.	—	1er accès à 24 ans. .	Mélancolie.
—		2e accès à 50 ans. .	Manie.
Obs. 8407.	—	1er accès à 20 ans. .	Mélancolie.
—		2e accès à 47 ans. .	Manie.
Obs. 9240.	—	1er accès à 17 ans. .	Manie.
—		2e accès à 38 ans. .	Manie.

Obs. 9500. — 1er accès à 28 ans. . Manie.
— 2e accès à 48 ans. . Manie.

En voici un nouvel exemple, recueilli tout récemment, avant-hier même.

Le 24 juin 1911 entrait, en effet, à la Maison nationale, un femme de soixante-douze ans, Mme M..., présentant le tableau de l'excitation maniaque, avec logorrhée, fuite d'idées, insomnie, exaltation euphorique, idées délirantes de satisfaction, de richesse et de grandeur.

Elle parle intarissablement, avec des mines coquettes, des gestes précieux, des clignements d'yeux, de petites tapes amicales, des intonations maniérées et emphatiques. Elle est parfaitement orientée, mais elle se répand, dès qu'on l'interroge, en un verbiage décousu : Elle a soixante-douze ans, mais elle croirait n'en avoir que dix-huit, tant elle se sent vive et active ; elle est ressuscitée et certainement elle ne mourra pas. Elle est heureuse, au point de pleurer de joie, et voudrait rendre tout le monde heureux. Son euphorie et sa satisfaction éclatent dans ses paroles : « Je suis plus qu'heureuse ici, pour ces beautés que je vois... Cela m'est égal d'avoir quitté ma nièce et ma fille, car elles reviendront me voir... Je suis très bien ici... Ces beaux arbres, ces belles colonnes, ces grandes fenêtres, c'est très bien, c'est le Ciel, Monsieur... J'ai une joie sans égale. Je suis une heureuse de ce monde... Tout le monde est bon. Tout est beau... » Elle cite fièrement des noms de duchesses et de comtesses pour nous donner une idée de ses hautes relations et attend aujourd'hui la visite de l'Impératrice Eugénie. Elle se prétend riche à millions et affirme son intention de fonder des hospices, de distribuer d'inépuisables fortunes... « Tout le monde, dit-elle, sera heureux depuis Ris jusqu'à Corbeil. »

L'affaiblissement intellectuel est peu prononcé ; la mémoire est conservée et la malade fournit sur sa vie passée des renseignements reconnus exacts par sa fille.

Cet accès maniaque date d'environ six mois et a débuté peu de temps après la mort de son mari qui l'a beaucoup affectée. La tristesse toute naturelle où cette mort l'avait plongée s'enfuit. Mme M... dort mal, devient anormalement gaie, voit la vie sous les couleurs les plus riantes. Elle parle sans discontinuer, racontant ses souvenirs d'enfance et de jeunesse avec une parfaite exactitude. Bientôt elle se croit très riche, veut faire des donations, expose les projets les plus extravagants de fondation d'hospices et d'institutions charitables, etc... La logorrhée et l'insomnie font des progrès de plus en plus marqués ; la malade se lève la nuit pour aller causer avec sa fille, se montre

irritable et surtout « fatigante », mais non violente ni grossière.

Cet accès maniaque chez une femme de soixante-douze ans est le premier. Par contre, cette malade a été internée à Sainte-Anne en 1884, *il y a vingt-sept ans, à l'âge de quarante-cinq ans et au moment même de l'installation de la ménopause, pour un accès de mélancolie*, avec idées de ruine, d'auto-accusation et de suicide.

Un élément affectif important (déception cruelle à l'occasion de l'achat d'un fonds de commerce avec embarras pécuniaires et soucis matériels et moraux) figure pareillement à l'origine de ces troubles. Mme M... se désole, se lamente sur sa situation, s'imagine qu'elle est ruinée, que toute sa famille est réduite par sa faute à la misère, qu'elle est responsable de tout ce qui arrive de mal en France, qu'elle est la cause des événements de la Commune, qu'elle est une criminelle... Elle refuse tout aliment et l'on doit la nourrir à la sonde ; elle désire mourir et voudrait se tuer.

Le séjour à Sainte-Anne dure cinq mois, coupés par une rémission et une sortie de deux mois. La malade finit par guérir complètement et, pendant les vingt-sept ans qui suivent, se montre psychiquement aussi normale qu'auparavant malgré une douloureuse affection de l'estomac qui la mine sourdement depuis deux ans. Sa fille la dépeint ainsi : toujours vive, alerte, plutôt gaie, travailleuse, mais aimant à lire des romans ; un peu nerveuse cependant, prompte à s'emporter mais ne tenant jamais rancune, assez susceptible quoique ayant bon caractère ; sociable et aimant le monde ; jamais de périodes de tristesse ou de gaieté sans motifs ; plutôt enjouée habituellement ; affectueuse et bonne pour sa famille et son entourage.

Quelques antécédents névropathiques légers, pas de psychopathiques connus.

De ces observations, en résumé, les conclusions suivantes se tirent toutes seules :

1° L'existence d'un accès maniaque ou mélancolique doit toujours faire redouter dans l'avenir l'éclosion d'un nouvel accès ;

2° La récidive d'un accès maniaque ou mélancolique peut être très éloignée et séparée du premier accès par une période saine de plus de vingt ans ; elle est souvent conditionnée dans ce cas par l'apparition de la ménopause ou l'approche de la sénilité.

Elargissant enfin la question, les partisans de la psychose maniaque-dépressive peuvent ainsi formuler leur

doctrine : la psychose maniaque-dépressive comprend des accès maniaques, mélancoliques ou mixtes, *isolés*, *récidivants* (à brève ou longue échéance) ou *périodiques* (à répétition et avec ou sans circularité), de *formule identique*, *inverse* ou simplement *différente*.

DISCUSSION

M. Leroy. — Le hasard fait que j'observe actuellement une malade comparable à celle de M. Dupony. C'est une maniaque qui eut un premier accès, il y a vingt-six ans, s'accompagnant des idées délirantes ambitieuses analogues à celles de l'accès actuel : Un de ses frères a été interné. Dans l'intervalle de vingt-six ans qui a séparé les deux accès, elle n'a, paraît-il, présenté aucun trouble mental. L'accès actuel a débuté progressivement, et dans les premiers temps, sous l'influence d'un état d'hypomanie, la malade a fait des excès alcooliques.

M. J. Séglas. — J'ai observé chez plusieurs malades des accès de mélancolie, séparés par de longs intervalles.

J'ai été appelé, il y a deux ans, auprès d'un homme de cinquante-deux ans, mélancolique anxieux, qui, à l'âge de vingt-cinq ans, c'est-à-dire vingt-sept ans auparavant, avait eu un accès identique.

Il y a en ce moment dans mon service une dame de soixante ans, qui, en 1909, a été prise d'un accès de mélancolie anxieuse encore en évolution. En 1883, elle avait été soignée à l'asile de Vaucluse pour un accès semblable, survenu au quatrième mois d'un allaitement. Le mari, interrogé très soigneusement sur la santé mentale de sa femme pendant ces vingt-six années d'intervalle, est très affirmatif pour déclarer que rien ni dans les idées, ni dans l'humeur, ni dans la conduite de sa femme, n'avait attiré son attention.

J'ai présenté autrefois à la Société de Psychiatrie un malade, âgé de soixante et un ans, atteint de mélancolie intermittente, qui avait eu son premier accès à l'âge de dix-neuf ans, et le deuxième à quarante-six ans seulement, c'est-à-dire vingt-sept ans plus tard. Cet

accès fut suivi de trois autres, séparés par des périodes de cinq ans environ.

En revanche, je connais une dame, âgée aujourd'hui de près de cinquante-six ans, qui, à l'âge de vingt-cinq ans, fut atteinte d'un accès de mélancolie avec idées de culpabilité, de damnation, ayant duré près d'un an. Depuis lors je ne l'ai jamais perdue de vue, je suis resté son médecin et celui de toute sa famille. Or pendant les trente années, au cours desquelles elle a mené une vie active à la tête d'une importante maison de commerce, fait un accouchement, subi plusieurs deuils, traversé la ménopause, elle n'a jamais eu de récidive, même légère, et l'accès du début est resté jusqu'ici unique.

Je me borne à citer ces faits sans aucun commentaire, et ne veux en tirer, au point de vue nosologique, aucune conclusion, quelle qu'elle soit.

M. Briand. — On ne peut affirmer sans réserves que, dans les observations analogues à celles qui viennent de nous être rapportées, il n'y a pas eu de récidive entre les deux grands accès, sous forme d'accès frustes et courts.

J'ai eu récemment l'occasion d'interroger le mari d'une maniaque ayant en apparence présenté deux crises séparées par un intervalle de vingt-cinq ans. Dans cet intervalle, en réalité, si l'internement ne fut jamais nécessaire, il y eut plusieurs petites périodes d'hypomanie. Cette réserve faite, il est des cas où on n'observe réellement aucun trouble mental entre deux accès très éloignés.

Un nouveau traitement du morphinisme par la méthode euphorique. Rôle prépondérant des vaso-moteurs. A propos de la kentomanie (manie de la piqûre),

par M. A. Morel-Lavallée, médecin de Lariboisière.

J'emploie en ce moment une méthode nouvelle et qui me donne de grands espoirs. Ressortissant au *sevrage progressif sans souffrance ni contrainte*, elle abrège la durée de la cure, dont les chances favorables

se trouvent majorées. Elle fait ressortir le caractère complexe de cette affection, qui tient à la fois de l'intoxication matérielle et de la névropathie, l'élément nerveux correspondant à la *manie de la piqûre*. Il y a là un syndrome psychique tout spécial qui, dans les cas les plus heureux, peut être dompté dès les premiers jours.

Il était difficile de mettre mieux en relief ce goupement clinique : *il existe, puisqu'il est susceptible d'être isolément guéri*. J'ai fait de ce syndrome une étude très complète que j'ai déposée à l'Académie de médecine. Son traitement se confond avec la cure de l'intoxication morphinée en général; mais comme cela en confirmait la valeur par une guérison, j'ai tenu à ne pas retarder cet exposé thérapeutique. C'est pour un motif analogue que j'ai cru devoir faire allusion à la *manie de la piqûre*. A cette dernière, élevée à la dignité d'entité clinique, comme représentant l'élément psychopathique de la morphinomanie, j'ai proposé de donner le nom de *kentomanie*, afin d'éviter la consécration du barbarisme de *piquomanie* (du grec κεντάω, κεντῶ, *je pique*), et je tenais à prendre date pour le baptême de ce médico-néologisme.

Voici un aperçu résumé de ce syndrome :

L'absorption de leur poison par la voie hypodermique est un attrait capital aux yeux des morphinomanes. La piqûre, pour eux, est une satisfaction; ils aiment à en répéter le nombre, à multiplier les effractions traumatiques de leur tégument, et cela, même s'il s'agit d'absorber en une fois une dose donnée, qu'ils fractionnent et introduisent en plusieurs places au lieu de profiter de la même aiguille.

A signaler, accessoirement, un absolu manque de soins pour leurs solutions, leur seringue, leurs aiguilles. Abandonné à l'air et à la poussière, tout cela se rouille, se souille, se détériore à l'envi. La tolérance prolongée de la peau jusqu'à l'apparition tardive d'abcès (d'abord clairsemés, puis fréquents) est d'autant mieux faite pour surprendre, que ces personnes, par leur manque de retenue, ne craignent pas de s'afficher pour satisfaire en public leur funeste passion.

Chose étrange, cette singulière névrose possède une anatomie pathologique qui lui est propre. Je ne puis ici

que renvoyer à mon mémoire, qui sera bientôt publié.

Voici maintenant les principes de ma thérapeutique :

1° L'*euphorie*, sensation de bien-être que l'intoxiqué recherche par l'assimilation de sa dose habituelle de poison, est constituée par un ensemble de sensations correspondant aux effets physiologiques dudit toxique, mais à un certain nombre *seulement* de ces effets, car, parmi ceux-ci, il en est de contingents et pouvant manquer. Ces effets *euphoriques* se groupent de façon à constituer un certain nombre de syndromes répondant à *autant d'euphories, spéciales à un même nombre de morphinomanes.*

Si l'on applique ces données à l'alcaloïde qu'est la morphine, on voit nettement nn certain nombre de groupements euphorigènes répondant à des groupes fractionnaires physiologiques de ses effets. Afin d'être bref, je dirai tout de suite qu'il est possible de les reproduire artificiellement, grâce à des combinaisons d'alcaloïdes voisins de même ordre. On arrive ainsi, grâce à une expérience prolongée, à pouvoir manier ces substances (dont quelques-unes sont toxiques au 20e de milligramme) assez sûrement pour construire les combinaisons posologiques susceptibles de déterminer artificiellement autant d'*euphories thérapeutiques*, dont la formule est chaque fois sinon à rechercher, du moins à compléter. Et, du coup, nous voici parvenus à l'instant physiologique qui va mettre en présence les deux adversaires, *euphorie toxique* et *euphorie thérapeutique* ; CECI TUERA CELA.

On peut à présent comprendre comment j'ai mis en évidence, en *facteur commun*, le syndrome *kentomanie*. En décembre dernier m'arrive un *petit* morphinomane (0,15 *pro die*) sur lequel je juge possible l'essai de la *home cure*. J'avais pour objectif, bien entendu, l'intoxication morphinée dans son ensemble et j'en étais alors au début de la médication vasomotrice. Toutes les substances employées agissaient à ce titre, et leur combinaison posologique était établie en vue d'obtenir une tension artériolaire donnée ; celle-ci, appelée à produire par modification de l'hémostatique dans l'organisme les divers effets visés, était, au total, — fonction (*additionnelle et différentielle*) de toutes

ces forces physio-dynamiques. Or il advint qu'elle avait été calculée avec une précision tellement mathématique, — et si exactement appropriée aux réactions du sujet, que celui-ci, après avoir accusé l'illusion complète de sa dose usuelle de toxique, déclara ressentir le phénomène *euphorique de l'ondée de chaleur circulant dans ses veines* ; et, fait capital, le *besoin* de morphine s'était évanoui, apaisé, *saturé* ! Hasard heureux certes ! toujours est-il que l'impression morale fut chez lui si vive qu'il se déclara être guéri et renonça de lui-même aux piqûres de morphine (nous verrons la suite). Il semblait qu'il en voulût à celle-ci de l'humiliation subie par elle et par lui-même dans la lutte au sortir de laquelle cette maîtresse, réputée jusque-là si indomptable et si captivante avait été si rapidement supplantée.

Nous voici au sixième jour de la cure, dont cette victoire inattendue sur la *kentomanie* ne faisait que marquer le début. Mais dès cette étape, et quoi qu'il arrive, le médecin peut considérer comme achevée cette épreuve initiale. Déjà il sait, s'il a gagné cette première manche, qu'il a réalisé la prise de possession de son malade ; ou si l'assaut a été repoussé, que l'occassion est passée. Mais le lendemain, dans les deux cas, c'est la cure de désintoxication progressive qui commence.

Et ce que l'on va diminuer ainsi petit à petit, c'est bien la morphine, prise *per os*, quitte à la remplacer, à intervalles d'essai, par quelque hypnosédatif moins toxique, laudanum, codéine, dionine, pantopon.—Toutes ces drogues ne seraient d'ailleurs là qu'à titre adjuvant et transitoire ; il ne s'agit plus du toxique différent, donné comme jadis, en substitution vicariante...

Quant à notre malade, il voulut, à son sixième et même septième jour, persévérer dans sa stoïque attitude. « Je n'ai *plus besoin de rien.* » Pour les piqûres, il ne faiblit pas ; mais, quant à rompre aussi vite avec l'opium, il avait trop présumé de ses forces. Il dut, pendant quatre ou cinq semaines, reprendre par la bouche des opiacés divers, de façon que, l'organisme s'imprégnant par une voie différente et sous une autre forme de son toxique usuel, il put, *secundum artem*, *sans souffrance et pas à pas*, en vingt à vingt-cinq jours, en être sevré.

Ce type répond à celui d'un homme de nervosité

moyenne, chez qui l'imprégnation toxique du corps avait une grosse place. Chez d'autres, des médications opposées amenèrent des procédés différents ; parfois le médecin doit *continuer jusqu'à la fin les injections* dans leur intégrité ou mieux dans leur intégralité hydrique au début, tandis que le titre de la solution s'abaisse à 1 p. 1.000, 1 p. 10.000 avant d'atteindre le zéro.

Ne pas oublier d'ailleurs que le succès dépend du jeu régulier des nefs moteurs antagonistes, et que, pour réussir et surtout pour éviter tout péril, il convient d'associer par doses appropriées au vasodilatateur, axe de la combinaison, des toniques et vasostricteurs *équivalents* et que tous doivent être là dès le premier combat, sous le même drapeau, mais de fonction adverse et se faisant équilibre.

P.-S. — Je n'étais pas préparé pour apporter ici des exemples de formules variées. Le malade cité plus haut a reçu comme traitement des injections d'hyoscine à 1/8, puis 1/6 de milligramme ; deux par jour pendant trois jours, une seule les quatrième et cinquième jours. Mais il prenait concurremment, et dès le début, une mixture contenant spartéine, strophantus, kola, etc.

J'avais pris l'hyoscine comme base de cette formule; *j'aurais aussi bien pu partir de la glonoïne*, en injection ou par ingestion. Il est très particulier que M. Magnan, qui avait bien étudié l'hyoscine et décrit les symptômes physiologiques et toxiques qu'elle détermine sur l'organisme, n'en ait jamais obtenu de résultat satisfaisant, et encore moins d'euphorie.

Il est vrai que, quant à moi, je ne me regarde pas comme ayant là fait une *cure d'hyoscine*, mais bien un *traitement vaso-moteur, dans lequel l'hyoscine entrait*, comme tant d'autres, *à titre de facteur composant*.

La séance est levée à 6 h. 30.

J.-M. Dupain et A. Juquelier.

BIBLIOGRAPHIE

The mental symptoms of the Brain disease; *an aid to the surgical treatment of insanity due to injury*, *haemorrhage*, *tumours and other cirscumscribed lesion of the brain* (Les symptômes mentaux des maladies cérébrales ; indications du traitement chirurgical de la folie provoquée par les blessures, l'hémorragie, les tumeurs et autres lésions circonscrites du cerveau); par le Dr Bernard Hollander; 1 vol. in-18 de 240 pages. Rebman, éditeur ; Londres, 1910.

Ce livre est une sorte d'inventaire de tout ce qui a été publié dans la littérature médicale du monde entier relativement aux troubles psychiques dans leurs rapports avec les lésions cérébrales circonscrites. « Il contient, dit dans sa préface notre distingué confrère le Dr Jul. Morel, de Gand, un véritable amas de preuves que nos sensations, nos émotions, nos instincts, nos facultés supérieures et leurs manifestations morbides ont une base organique, fait de la plus haute importance pour le psychologue, le physiologiste et surtout pour le médecin dans le diagnostic des lésions en foyer ; et beaucoup des exemples que donne l'auteur, dont plusieurs tirés de sa pratique personnelle, de malades souffrant de troubles psychiques variés qui ont guéri à la suite d'une intervention opératoire, est la meilleure justification de l'importance et de l'utilité de son ouvrage. »

Dans une étude préliminaire, M. Hollander rappelle quel est l'état actuel de la science en ce qui concerne les localisations cérébrales. Le cerveau est l'instrument de la pensée et de la sensibilité ; si nous croyons à quelque ordre et à quelque uniformité dans son fonctionnement, il nous faut nécessairement admettre la réalité des localisations cérébrales. La fréquence des cas où, à la suite d'une blessure à la tête, on voit certaines facultés se troubler, les autres restant indemnes, conduit forcément aux mêmes conclusions, à savoir : que les diverses régions

du cerveau répondent à des fonctions différentes et qu'il nous est permis d'espérer qu'un jour nous serons en possession d'une organologie complète de la surface cérébrale. Une telle science nous donnerait la clef des plus importants problèmes qui s'agitent à notre époque et serait l'origine d'une véritable révolution dans la psychologie, l'éducation, la morale, la sociologie et enfin, et surtout, dans la connaissances des maladies mentales.

Plusieurs chapitres sont consacrés à l'exposé des symptômes psychiques en rapport avec les lésions des lobes frontaux, qui sont les centres des opérations intellectuelles supérieures, ceux de la perception et des mémoires spéciales, mots, figures, sons, sentiments spécialement humains. Ces lésions peuvent donner lieu à des troubles multiples des fonctions les plus élevées de l'esprit humain. De nombreux exemples cliniques recueillis dans les publications du monde entier en fournissent de remarquables exemples.

Les lobes pariétaux ont des fonctions différentes : ils sont le siège des émotions et des sentiments. Leur réaction morbide, en cas de lésion, se traduit par le syndrome de la mélancolie qui est essentiellement un vague sentiment d'anxiété, de dépression, d'indifférence au monde extérieur, de désespérance. Plusieurs chapitres sont consacrés à la relation des faits cliniques qui confirment ces prémisses.

Puis viennent les chapitres où sont étudiés les troubles psychiques qui sont la conséquence des lésions des lobes temporaux, siège des sensations de la faim, de la soif et des instincts de conservation. Les plus remarquables réactions morbides des lésions de ces lobes sont la fureur maniaque et homicide. Certains délires de persécution avec hallucinations de l'ouïe relèvent aussi de cette origine comme le prouvent les guérisons obtenues par la disparition de la cause du mal (opération sur l'oreille malade). Enfin l'instinct d'amasser, qui engendre le syndrome kleptomanie, est, en certains cas, en rapport avec des lésions de la partie antéro-supérieure de ces mêmes lobes.

Les lobes occipitaux constituent un domaine encore peu exploré; pourtant ils semblent en rapport avec l'instinct de société, la vie émotionnelle et le sens de la vue; leur pathologie est peu connue. Par excès de fonctionnement de ces lobes, on meurt d'amour; par défaut, on tue ses proches, comme tendent à le prouver certains faits d'infanticide et de parricide.

Un pareil livre, tout entier consacré à la relation de faits cliniques concrets, ne peut être résumé avec fruit. Malgré quel-

ques vues hasardées ou trop simplistes, il est fort intéressant, et par sa riche documentation, et par la façon claire et méthodique dont les matières y sont traitées.

A. Cullerre.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Carlos de Arenaza. Higiene alimenticia. Regimenes en los establecimientos carcelarios. 69 pages in-8°. Buenos-Aires, 1910.

Grace Helen Kent et A. J. Rosanoff. A study of association in insanity. 142 pages in-8°. Extrait de l'*American journal of insanity*, 1910.

Max de Nansouty. Actualités scientifiques. 7e année. 1 vol. in-12 de 359 pages. Paris, Schleicher frères, 1911.

L. Lagriffe. Les deux aspects d'Arthur Rimbaud (1854-1891), 25 pages in-8°. Extrait du *Journal de Psychologie normale et pathologique*, novembre-décembre 1910.

Th. Simon. L'aliéné, l'asile, l'infirmier, à l'usage des chefs d'établissements publics et privés, internes d'asiles, surveillants, infirmiers, garde-malades, parents, etc. 1 vol. in-18 de 406 pages. Paris, O. Berthier, 1911.

Julius Donath. Weitere Ergebnisse der Behandlung der progressive Paralyse mit Natrium nucleinicum, 9 pages in-8°. Extrait de *Berliner klin. Wochenschr.*, 1910, n° 51.

— Reflex und Psyche. 20 pages in-8°. Extrait de *Sammlumg klinische Vorträge. Innere Medizin*, 1910, n° 190.

A. Lacassagne. Les exécutions militaires des condamnés à mort. Mémoire de Dujardin-Beaumetz. Décret consécutif. Autres documents. 22 pages in-8°. Extrait des *Archives d'anthropologie criminelle*, numéro du 15 décembre 1910.

Frank Warren Langdon. Radiculitis. 8 pages in-8°. Extrait de *The Journal of nervous and mental Diseases*, August 1910.

Langdon et Cramer. Brain tumor of psycho-motor area, causing jacksonian and generalized convulsions, visual hallucinations, somatic delusions, astereognosis and hemiplegic paralysis. Operation. Recovery, mental and physical. 6 pages in-8°. Extrait de *The journal of the American medical Association*, décembre 1910.

VARIÉTÉS

NOMINATIONS ET PROMOTIONS

Décret du 31 *juillet* 1911 : Sur la proposition du président du Conseil, ministre de l'Intérieur et des Cultes, est nommé chevalier de l'ordre national de la Légion d'honneur, M. Gex (Claude), directeur des asiles départementaux d'aliénés et d'incurables de Saint-Robert et de Vence (Isère). Successivement depuis 1874 : employé à la préfecture de l'Isère, rédacteur, chef de bureau, sous-chef et chef de division. Directeur des asiles départementaux d'aliénés de Saint-Robert depuis 1898 et d'incurables de Vence depuis 1905. Trente-sept ans de services.

— *Arrêtés de juin* 1911 : MM. les Drs Albès, médecin-adjoint de l'asile de Montpellier ; Arsimoles, médecin-adjoint de l'asile de Saint-Venant ; Courbon, médecin-adjoint de l'asile de Dury-lès-Amiens ; Robert, médecin-adjoint de l'asile de Château-Picon, près Bordeaux, et Olivier, médecin-adjoint de l'asile de Blois, sont promus à la 1re classe de leur grade (4.000 francs) ;

M. le Dr Bècue, médecin en chef de l'asile de Montpellier, est promu à la 3e classe de son grade (6.000 francs) ;

MM. les Drs Latapie, médecin-adjoint de l'asile Saint-Yon (Seine-Inférieure), et Mézie, médecin-adjoint de l'asile de Bailleul (Nord), sont promus à la 2e classe de leur grade (3.500 francs) ;

M. le Dr Dalmas, médecin-adjoint de l'asile Saint-Gemmes (Maine-et-Loire), est nommé médecin-adjoint de l'asile d'Alençon (Orne) ;

M. le Dr Ducosté, médecin-adjoint de l'asile d'Alençon, est nommé médecin-adjoint de l'asile de Pau ;

M. le Dr Rougeau, médecin-adjoint de l'asile de Pau, est nommé médecin-adjoint de l'asile Saint-Gemmes et promu à la 1re classe de son grade (4.000 francs) ;

M. le Dr Gimbal, médecin-adjoint de l'asile de Braqueville (Haute-Garonne), est détaché comme médecin en chef de l'asile de Leyme (Lot) ;

M. le Dr Maupaté, médecin en chef de l'asile de Bailleul (Nord), est promu à la 1re classe de son grade (8.000 francs);

M. Simonet, directeur de l'asile de Bailleul, est promu à la 2e classe de son grade (7.000 francs);

M. le Dr Barbé, déclaré admissible au concours d'adjuvat (mars 1909), chef de clinique à l'asile Sainte-Anne de Paris, est compris dans le cadre des médecins des asiles publics d'aliénés en qualité de médecin-adjoint de 3e classe (3.000 fr.), à dater du 1er novembre 1910;

M. le Dr Hannard, déclaré admissible au concours d'adjuvat (mai 1910), est nommé médecin-adjoint de l'asile de Bégard (Côtes-du-Nord), poste créé.

— *Arrêtés de juillet 1911* : M. le Dr Viollet, déclaré admissible au concours d'adjuvat (mars 1906), est nommé médecin-adjoint de l'asile d'aliénés de Limoux (Aude), poste créé;

M. le Dr Pasturel, médecin-adjoint de l'asile de Montdevergues (Vaucluse), est nommé médecin-adjoint de l'asile de Braqueville (Haute-Garonne);

M. le Dr Froissard, médecin-adjoint de l'asile de Pierrefeu (Var), est promu à la 2e classe de son grade (3.500 fr.);

M. le Dr Hamel, déclaré admissible nu concours d'adjuvat (mai 1911), est nommé médecin-adjoint de Saint-Ylie (Jura);

M. le Dr Charpenel, médecin-adjoint de l'asile de Saint-Ylie, est nommé médecin-adjoint à l'asile de Montdevergues.

— *Faculté de médecine de Lyon* : M. le Dr Pierret, professeur de clinique des maladies mentales, est admis, sur sa demande et pour cause d'ancienneté d'âge et de services, à faire valoir ses droits à une pension de retraite, à partir du 1er novembre 1911, et est nommé professeur honoraire.

— *Faculté de médecine de Paris* : Sont nommés après concours : MM. les Drs Boudon, chef de clinique titulaire, et Lévy-Valensi, chef de clinique adjoint des maladies mentales;

MM. les Drs Tinel, chef de clinique titulaire, Jumentié et Mme Long, chefs de clinique adjoints des maladies nerveuses.

— *Faculté de médecine de Lille* : M. le Dr Raviart, agrégé, est chargé, pendant l'année scolaire 1911-1912, d'un cours complémentaire de médecine mentale, théorique et pratique.

NÉCROLOGIE

Dr Eug. Charpentier. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de notre excellent collègue, le Dr Eug. Charpentier, décédé, il y a quelques semaines, à l'âge de soixante-huit ans.

Charpentier, Eugène-Désiré-Antoine, était né en 1843. Nommé interne des hôpitaux de Paris au concours de 1866, il

passa sa thèse en 1870 sur un sujet de chirurgie (1). Puis, je ne sais pour quelle raison, il changea sa direction première et au lieu de chirurgie fit de l'aliénation : il se présenta en 1881 au concours des quartiers d'hospice de Bicêtre et de la Salpêtrière. Il fut reçu et eut la chance de ne demeurer que trois ans médecin-adjoint. Il fut d'abord chef de service à Bicêtre. A la retraite de J. Falret, il succéda à ce dernier à la Salpêtrière, où il resta jusqu'à sa propre retraite, qui eut lieu le 1er janvier 1909. Il vient de mourir à Montmorency.

Charpentier n'a jamais publié de longs travaux. Je ne puis donner ici une bibliographie exacte et complète des petits mémoires ou communications qu'il faisait dans les Sociétés ou les Congrès. Mais je pense qu'une analyse succincte des principaux (2), dont j'ai pu prendre connaissance, pourra révéler suffisamment les tendances caractéristiques de notre regretté collègue.

Je ne reviendrai pas sur sa thèse qui n'intéresse pas l'aliénation mentale et je passe immédiatement aux travaux qui ont trait à cette branche de la médecine.

Dans une communication à la Société médico-psychologique (3), Charpentier, trouvant que le rôle de la profession dans la genèse de l'aliénation n'avait pas été suffisamment mis en relief, rangea les professions en quatre groupes : le premier où l'individu est mis en rapport avec des substances toxiques, le second où l'individu est exposé à des troubles d'ordre physique, le troisième qui peut reproduire la folie par l'intermédiaire de maladies somatiques, le quatrième qui se confond avec le précédent où ces maladies sont générales. L'auteur y ajoute encore les professions exposant aux traumatismes, aux attitudes vicieuses, etc.

Les troubles cérébraux d'un cas d'intoxication mercurielle professionnelle font l'objet d'une communication à la Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle (4). Cette obser-

---

(1) Eugène Charpentier. Résumé historique de l'intervention chirurgicale dans les étranglements internes, *Thèse* de Paris du 8 juillet 1870, n° 168.

(2) Je donnerai comme indications bibliographiques celles qui se trouvent dans les tirages à part ; elles sont parfois incomplètes ou irrégulières.

(3) Du rôle de la profession dans le développement de l'aliénation mentale. Comm. à la Soc. méd.-psych., *Ann. méd.-psych.*, 6e S., t. XI, mars 1884.

(4) Troubles cérébraux dans un cas d'intoxication mercurielle professionnelle, Soc. de méd. publique et d'hyg. prof., *Rev. d'hyg.*, t. VII, n° 2, 1885.

vation est mise dans la même brochure qu'une autre communication à la Société médico-psychologique sur un cas de syphilis cérébrale simulant une paralysie générale (1).

Une communication à la Société de médecine de Paris sur un cas d'ataxie locomotrice à la suite de décompression attire l'attention sur un fait rare (2).

Charpentier, dans une communication à la Société de médecine de Paris (3), met en relief des symptômes tels que surdité subite et transitoire, ecchymose sous-conjonctivale, tremblement intérieur de la poitrine, douleurs viscérales passagères, vomissements sans vertige, douleurs des membres contusives et de courte durée, embarras gastriques à répétition, qui sont souvent liés à l'épilepsie et qui sont connus du malade, contrairement aux autres symptômes de cette affection. Il termine sa communication en disant : « Il y a beaucoup plus d'épileptiques qu'on ne croit et beaucoup moins de névropathes qu'on se le figure. »

Le travail sur la sénilité précoce et rapide (4) que Charpentier a lu à la Société médico-psychologique en 1884 est plus étendu que ces précédents mémoires. Il admet une sénilité précoce avec troubles mentaux et une autre sans troubles.

A propos de l'hérédité et de la folie héréditaire (5), notre auteur critique la conception que l'on s'en fait d'ordinaire; il propose une classification qui est très vaste parce qu'il distingue des folies héréditaires : 1° Congestives ou circulatoires; 2° Vésaniques; 3° Diathésiques, constitutionnelles ou toxiques; 4° Dégénératives avec stigmates physiques; 5° Lucides, raisonnantes ou instinctives.

Les hémorroïdes et l'arthritisme préoccupèrent beaucoup notre collègue. Il étudia leurs rapports au moyen d'une statis-

---

(1) Syphilis cérébrale simulant une paralysie générale. Com. à la Soc. méd.-psych., *Ann. de dermat. et de syphil.*, t. VI, n° 3, 25 mars 1885.

(2) Observation d'ataxie locomotrice consécutive à des accidents de décompression brusque, par rupture d'un scaphandre. Comm. à la Soc. de méd. de Paris. Extrait de l'*Union médicale*, 3e S., année 1883.

(3) De quelques troubles morbides pouvant indiquer l'épilepsie. Com. à la Soc. de méd. de Paris. Extrait de l'*Union médicale*, 3e S, année 1885.

(4) Des troubles mentaux dans la sénilité précoce et rapide. Comm. à la Soc. méd.-psych., *Ann. méd.-psych.*, 7e S., t. I, n° 2, 1885.

(5) A propos des signes physiques, intellectuels et moraux de la folie héréditaire. Comm. à la Soc. méd.-psych., *Ann. méd.-psych.*, mai 1886.

tique. Il conclut que la folie hémorroïdaire n'existe pas, mais que l'hémorroïde et la folie sont souvent liées au même état général, l'arthritisme (1).

Charpentier étudie de près les idées de persécution et il relève avec beaucoup de finesse les sentiments qui sont à la base de ces idées, ainsi que de celles de grandeur : « Tout persécuté qui aboutit à la mégalomanie a été : 1° Un sot ; 2° un fat ; 3° un orgueilleux ; 4° un insuffisant, toutes choses égales d'ailleurs, un insuffisant par rapport à la surélévation de ses vues ambitieuses ou par rapport à la satisfaction de ses conceptions orgueilleuses (2). »

Chef de service à Bicêtre, il connaissait les inconvénients de la Sûreté où il avait ses malades. Il proposa une réorganisation de ce pavillon, avec plan à l'appui, à la Société de médecine publique (3).

Pour lui la paralysie générale n'était pas une : il distinguait plusieurs paralysies générales spéciales, dont celles dues à la goutte, l'arthritisme, l'intoxication, etc. Il croyait trouver un obstacle au développement de ces dernières espèces dans les états anémiques, les vésanies chroniques, les névroses convulsives, les arrêts de développement du cerveau (4).

Au premier Congrès des aliénistes français, Charpentier donna une communication sur les démences précoces (5). Au fond, il admettait sous ce nom un syndrome vraiment démentiel et juvénile, puisqu'il distingue onze groupes de déments précoces : des enfants normaux, des épileptiques, syphilitiques, alcooliques, de la folie raisonnante, des dégénérés et héréditaires, des fous moraux, des aliénés avec manie, mélancolie, délire mystique, persécutés, etc., consécutive aux infections, la paralysie générale précoce, enfin sans étiologie, sauf la vieillesse des parents. Il y a ici, comme dans tous les travaux de Charpentier, un mélange de vieille médecine, de rapprochements bizarres et de vues cliniques originales. A cause de celles-ci, je ne saurais trop recommander la lecture de ce mémoire. On

---

(1) De la valeur des hémorroïdes et de l'arthritisme en aliénation mentale. Comm. à la Soc. méd.-psych., *Ann. méd.-psych.*, mars 1887.

(2) Les idées morbides et les délires de persécution. Comm. à la Soc. méd.-psych., *Ann. méd.-psych.*, t. VI, septembre 1887.

(3) Distribution et isolement des aliénés. Comm. à la Soc. de méd. publ. et d'hyg. prof., *Revue d'hygiène*, décembre 1889.

(4) Les intoxications et la paralysie générale. Comm. à la Soc. méd.-psych., séance du 30 juin 1890.

(5) Les déments précoces. *Compte rendu des séances et mémoires du Congrès de Rouen* (1890), Paris, 1891, p. 247.

trouvera, à partir de la page 253, une description remarquable de « l'hébéphrénie » dont on peut encore faire son profit.

Notre auteur résume, dans une même brochure, une courte note sur la paraphasie simulant la démence incohérente et une observation plus ancienne de suspension du langage pendant vingt ans (1).

A Bicêtre, il y avait beaucoup de fous raisonnants, j'aimerais mieux dire : raisonneurs. Charpentier, qui avait maille à partir avec eux et les connaissait fort bien, les étudie dans une communication à la Société médico-psychologique (2), où il insiste sur leurs caractéristiques et sur la nécessité de ne pas les enfermer dans les asiles ordinaires, ces malades ne délirant pas, quoique « déraisonnant ». Il y aurait trop à dire sur ce sujet et ce travail ; d'autant plus que dans ce mémoire, fort intéressant, Charpentier, comme toujours, mêle le faux, le vrai, le paradoxe, avec beaucoup d'esprit. Dans la pratique, sa conduite vis-à-vis de ces anormaux spéciaux se ressentait de ses conceptions, contradictoires surtout en apparence. Cela l'a empêché d'obtenir les résultats utiles qu'un peu plus de suite dans les idées et dans la rédaction de ses certificats n'eût pas manqué d'imposer, car il avait raison au fond.

Dans un article de la *Revue générale de clinique et de thérapeutique*, notre collègue rapporte plusieurs cas « d'héréditaires » qui ont échappé à « l'hérédité » morbide (3).

Dans un autre article de la même Revue (4), il décrit, sous le nom de confusion mentale, un état qui me paraît être, pour une part, la confusion mentale consciente des neurasthéniques, ce qui se rapproche de ce que Delasiauve appelait vertige mental.

Toujours dans le même recueil, il fit paraître un travail destiné au médecin praticien sur les indications de l'internement (5).

La même année, il était revenu, à la Société médico-psycho-

---

(1) Les paraphasiques. Troubles du langage simulant la démence incohérente. Extrait de la *Gaz. des hôp.*, 24 et 26 février 1891. — Suspension du langage pendant vingt ans. Comm. à la Soc. méd.-psych., 30 novembre 1885.

(2) Les folies du caractère et leurs rapports avec les asiles spéciaux. Comm. à la Soc. méd.-psych., séance du 30 octobre 1892, *Ann. méd.-psych.*, janvier-février 1893.

(3) De l'hérédité pathologique régressive en aliénation mentale (sa valeur pronostique), *Rev. gén. de clin. et de thérap.*, n° 5, 4 février 1891.

(4) La confusion mentale, *Rev. gén. de clin. et de thér.*, n° 35, 31 août 1892.

(5) Quand faut-il enfermer un aliéné? Extrait de la *Rev. gén. de clin. et de thér.*, 1892 (sans autre indication).

logique, sur un sujet qui lui tenait à cœur : les anormaux qui ne sont pas à leur place dans les asiles, sous ce titre : « Les aliénés à séquestrations multiples » (1). L'idée fondamentale de ce travail est, comme il le dit lui-même, émise dans cette phrase du début : « Les séquestrations nombreuses d'un même individu dans un asile d'aliénés, par des placements d'office, doivent être considérées comme un signe de vice bien plus que comme l'indice de folie. » Comme je soutiens moi-même, sous une autre forme, la même thèse, il va sans dire que j'approuve cette idée complètement, avec la réserve de la pointe de paradoxe qu'elle renferme sous la plume de Charpentier (2).

Enfin, au Congrès de Toulouse, notre regretté collègue faisait deux communications, l'une sur la paralysie générale, l'autre sur l'organisation des asiles (3).

On voit que Charpentier, pendant longtemps, avait fait preuve d'activité scientifique véritable. Depuis un certain nombre d'années, il avait ralenti sa production. En vieillissant, il accentuait, comme il est naturel, dans ses écrits, ces caractères particuliers d'humour, de paradoxe, de contradiction, ce mélange, parfois déconcertant, de remarques très pénétrantes et de médecine vieillotte, démodée, qui ont empêché de lui rendre la justice qui lui est due. Je viens de m'efforcer de la lui rendre.

Ph. Chaslin.

Dr Gabriel Doutrebente. — L'homme qui vient de disparaître aura tenu une place à part et considérable dans notre spécialité. Personnalité originale et agissante, il sut pendant plus de vingt ans, par ses écrits et par ses gestes, fixer sur lui l'attention. Il est peu de médecins d'asiles qui ne l'aient alors connu : pour beaucoup, il resta longtemps un conseiller écouté, un guide dont on suivait volontiers les directions ; pour quelques-uns, en des débats aujourd'hui clos ou lors de discussions encore pendantes, il devint un adversaire redouté. Il y a quel-

---

(1) Les aliénés à séquestrations multiples, *Ann. méd.-psych.*, mai 1892.

(2) En 1896, il était revenu sur ce sujet qui le préoccupait à juste titre, dans une communication : Les délinquants dits irresponsables, sur laquelle je ne puis donner une indication précise, n'ayant pu retrouver la brochure qui la renferme et le temps me manquant pour la rechercher. D'ailleurs, son idée est que l'on ne voie à l'asile trop de gens qui devraient être en prison, ce qui est bien mon avis, comme je l'ai dit ailleurs.

(3) I. *Sur le diagnostic de la paralysie générale.* — II. *Sur l'organisation médicale des asiles d'aliénés*, Toulouse, Imprimerie et librairie Edouard Privat, 1897.

ques années, sa retraite prématurée créa parmi nous un grand vide. Sa mort inopinée ne laissera maintenant que des regrets.

Gabriel Doutrebente était né à Sorigny (Indre-et-Loire), le 19 juillet 1844. D'une famille d'aliénistes, — il était le neveu de Lunier et le petit-neveu de Baillarger, — il s'orienta dès le début de ses études vers la médecine mentale. D'abord interne de Danner à l'hospice de Tours (1864), il devint, en 1866, sur le conseil de Baillarger, l'interne de Morel à Saint-Yon ; en 1868, le prix Esquirol lui ouvrait les portes de la Maison nationale de Charenton, où il devait rencontrer Calmeil et Ach. Foville. Sa thèse passée (9 février 1870), il posait sa candidature à un emploi de médecin-adjoint, et, en attendant sa nomination, il exerçait la médecine générale à Vouvray (Indre-et-Loire). Le 27 mars 1876 seulement, il était envoyé comme médecin-adjoint à l'asile de Montdevergues, d'où il passait bientôt (août 1877) à Ville-Evrard, puis à Sainte-Anne (octobre 1879), en même temps qu'il était délégué dans les fonctions de chef de clinique du professeur Ball. Son ambition était alors de fournir une carrière exclusivement scientifique et de rester à Paris. Dans ce but, il se présenta successivement aux deux concours, — sur titres et sur épreuves, — qui s'ouvrirent précisément à cette époque pour la nomination de deux médecins à la Maison nationale de Charenton et dans les quartiers d'hospice de la la Seine. Il dut céder le pas à MM. Christian et Ritti, d'une part, et, d'autre part, à MM. Bourneville et Jules Voisin. Mais il reçut l'assurance, lorsque, le 1er septembre 1880, il rejoignit son poste de médecin-directeur de l'asile de Blois, que la première place vacante dans l'un des services de la capitale lui serait réservée. Cependant la vacance escomptée se fit attendre et lorsque enfin elle se produisit, Doutrebente, qui avait eu le temps de prendre goût à ses nouvelles fonctions, ne voulut plus quitter l'asile de Blois. Il y resta jusqu'au jour de sa retraite (1er mars 1906).

Pendant plus de vingt-cinq ans, Gabriel Doutrebente fit à Blois œuvre utile. Il avait trouvé, à son arrivée, une situation difficile : locaux encombrés, installations défectueuses, finances obérées, etc. Les premières années de sa direction furent pénibles, laborieuses. Mais ses efforts ne restèrent pas vains. Rapidement il obtint des résultats remarqués qui lui valurent, avec la confiance de l'administration locale, une indépendance et une liberté d'action peu communes. Il put ainsi, presque seul, — en tous cas sans le concours d'aucun architecte, — construire de nouveaux quartiers, des infirmeries spacieuses, de coquets pavillons, renouveler l'outillage suranné des services généraux, créer un laboratoire, etc. Chaque année apportait une amélioration nouvelle, de nouveaux perfectionnements et la réputation

de l'asile s'établit en même temps que s'affirmait celle de son directeur.

Cependant, G. Doutrebente ne négligeait pas le côté scientifique de sa profession. La proximité où il se trouvait de Paris lui permettait de suivre assidûment les séances des Sociétés savantes. Il n'y manqua pas. La preuve en est dans les nombreuses communications qu'il fit alors à la Société médico-psychologique, à la Société d'anthropologie, etc. En même temps, il publiait, le plus souvent dans ce recueil, d'importants mémoires sur les sujets les plus variés (1).

Le directeur de l'asile de Blois occupait alors une place éminente parmi ses collègues. Pour marquer de quelle considération il jouissait parmi eux, qu'il nous suffise de rappeler qu'ils l'élirent successivement : en 1896, président de l'Union des aliénistes français, — première tentative, tôt avortée, d'une association professionnelle des médecins d'asile; — en 1899, président du Congrès des aliénistes et neurologistes de langue française; en 1902, vice-président de l'Association mutuelle des aliénistes. Dans le même temps, G. Doutrebente recevait des témoignages officiels de l'estime en laquelle le tenaient ses chefs et le Conseil général de Loir-et-Cher ne manquait jamais de lui exprimer publiquement, par les motions les plus flatteuses, la satisfaction et la confiance que lui inspirait sa gestion.

Comment et pourquoi cette brillante carrière fut brusquement interrompue par une mise à la retraite douloureusement consentie : l'événement est encore trop récent pour qu'il soit besoin de le rappeler. Il est encore dans toutes les mémoires; et, à dire le vrai, il n'étonna qu'à demi ceux qui avaient été à même d'approcher et de connaître le directeur de l'asile de Blois.

G. Doutrebente était un homme d'une exubérance de vie, d'une activité telles que la direction médico-administrative d'un asile d'aliénés n'en pouvait absorber qu'une bien faible part. Il était peu enclin aux recherches de science pure. Il n'avait pas le goût du travail silencieux et discret. Pour épancher son insatiable besoin d'action, il lui fallait l'agitation du Forum, la vie

---

(1) Sur la fin de sa vie, notre regretté maître avait réuni la plupart de ses travaux en un volume intitulé : *Médecine mentale. Quarante années de pratique médicale et administrative.* Tours, 1909. Nous avons signalé ici même (*Ann. méd.-psych.*, sept.-oct. 1910, p. 329) l'importance de cette œuvre et sa variété. Depuis lors, l'Académie de médecine en a consacré officiellement la valeur en décernant le prix Baillarger à un ouvrage qui « résume une vie d'un très noble labeur » (Rapport général sur les prix. *Bull. de l'Acad. de Méd.*, 2e sem. 1910, p. 425).

publique. Il s'y mêla, dans toutes ses manifestations, sous toutes ses formes : art, sport, bienfaisance, voire philatélie; pas de société, pas de groupement dont il ne fût au moins membre et dont il ne devînt presque naturellement le président. Se pouvait-il qu'il échappât à la politique? En fait, la politique lui ravit le meilleur de son temps et l'on peut dire qu'il en fut toute sa vie la victime. Déjà, tout jeune interne, elle l'avait fait sortir de Charenton un peu plus tôt sans doute qu'il ne l'eût voulu; puis, elle lui fit attendre, beaucoup plus longtemps qu'il ne l'eût désiré, son entrée dans le cadre des asiles; plus tard, elle devint le principal obstacle à la réalisation de son désir, non dissimulé, d'une distinction honorifique par ailleurs bien méritée; à soixante-deux ans enfin, en pleine vigueur intellectuelle et physique, elle vint lui imposer une retraite qui fut pour lui un arrachement. Sans doute lui donna-t-elle en retour des satisfactions intimes; mais c'est par elle aussi qu'il connut la douleur de certains abandons.

G. Doutrebente, par bonheur, en même temps qu'un actif, était aussi un énergique. Chez lui le découragement durait peu. Toujours il se ressaisit vite : la tourmente passée, alors qu'on l'eût pu croire désireux seulement de calme et d'oubli, on le retrouvait aussi droit, aussi alerte que par le passé, aussi ardent à la lutte, — seulement plus sceptique et peut-être aussi plus amer. Et c'est en pleine activité que la mort est venue le surprendre.

A Tours, où il s'était retiré, G. Doutrebente n'avait pas su rester longtemps oisif. Pour ne pas perdre contact avec les aliénés, au milieu desquels s'était écoulée presque toute sa vie, il s'était fait nommer administrateur des hospices. Puis, au moment de l'organisation des services municipaux d'hygiène, il en devint le directeur. Et avec quel entrain juvénile il aborda ses nouvelles fonctions! « Que de choses à faire dans nos vieux quartiers! Que de logements insalubres!... Et les désinfections pendant et après les maladies contagieuses!... Il faut aussi examiner à fond tous les projets de constructions nouvelles... éplucher les plans après l'architecte de la ville : il reste toujours à glaner au point de vue de l'hygiène publique et privée, — cubage des pièces, aération, évacuation des eaux, etc. » (16 septembre 1910.)

Notre pauvre maître n'aura pu réaliser que bien peu de ce vaste programme et de ses nobles espérances : le 21 juillet dernier, il succombait rapidement aux suites d'une intervention chirurgicale nécessitée par l'affection hépatique dont il était atteint.

Parmi les lecteurs de cette Revue, dont G. Doutrebente était naguère l'un des collaborateurs les plus assidus et où il fut heu-

reux de trouver aux moments difficiles les plus solides sympathies, nombreux sont ceux qui ressentiront vivement sa perte et qui garderont à sa mémoire un fidèle souvenir.

GEORGES VERNET.

Les obsèques de notre regretté collègue Doutrebente eurent lieu, à Tours, au milieu d'une nombreuse assistance. De nombreux discours furent prononcés sur sa tombe; nous publions celui de M. le professeur Régis, de Bordeaux, et celui de M. le Dr Olivier, médecin-adjoint de l'asile d'aliénés de Blois.

Discours de M. le professeur RÉGIS.

Messieurs,

Malgré l'émotion profonde qui m'étreint, je voudrais, à mon tour, dire un dernier adieu à celui qui fut mon premier maître en psychiatrie et l'un des plus chers parmi mes amis.

Notre affection datait de trente-quatre ans. Elle commença à l'asile de Ville-Evrard où, jeune et aimable médecin-adjoint, Doutrebente sut m'initier et m'attacher à cette captivante spécialité médicale qu'il avait si bien apprise à la grande école des Morel, des Calmeil, de ses oncles Baillarger et Lunier. Cette affection se continua à Sainte-Anne où, appelé par la confiance du professeur Ball à devenir le premier chef de clinique de la Faculté de Paris, lors de sa fondation, en 1879, il voulut bien me faire place à ses côtés.

Et depuis, cette affection s'est perpétuée dans nos carrières respectives, s'accentuant avec les années et prenant, au fur et à mesure que le temps effaçait la différence de nos âges, un caractère à la fois plus intime et plus fraternel.

Je n'ai pas à retracer ici la vie professionnelle de Doutrebente, ayant simplement voulu ouvrir un instant mon cœur au flot des souvenirs personnels qui l'envahissent en ce moment. D'autres, plus qualifiés, se chargeront, je l'espère, de ce soin.

Qu'il me suffise de rappeler qu'au sortir de Sainte-Anne, Doutrebente devint médecin-directeur de l'asile de Blois, où il demeura vingt-cinq ans, jusqu'à sa retraite, et qu'il fit de cet asile, à tous les points de vue, un établissement modèle.

Qu'il me suffise de rappeler aussi que Doutrebente, tout en se montrant administrateur hors pair, n'abandonna jamais la science et qu'il continua sans se lasser la série des travaux qui, d'emblée, lui avaient assuré une place si honorable parmi les écrivains de la psychiatrie.

Rentré à Tours, où, après de graves crises qui avaient profondément altéré sa santé, il avait recouvré ses forces et comme acquis une nouvelle jeunesse, Doutrebente, plus actif que

jamais, en même temps qu'il administrait, avec la maîtrise que vous savez, l'hôpital général et le bureau municipal d'hygiène, reprenait les publications principales de sa longue vie d'aliéniste et les réunissait en un volume.

Ce volume qui porte le titre significatif de : *Quarante années de pratique médicale et administrative*, 1868-1904, est tout à fait remarquable par la variété, l'importance et l'intérêt des études qu'il renferme.

C'est, de plus, un document en quelque sorte historique. Doutrebente appartient en effet à une époque exceptionnelle de la psychiatrie. Il va de Morel, dont il eut l'insigne honneur d'être l'interne de Saint-Yon, en 1867 et 1868, jusqu'à l'heure présente, c'est-à-dire de la période héroïque de l'École française jusqu'à la phase actuelle d'évolution et de transition.

Son ouvrage marque, pour ainsi dire, les diverses étapes de ce demi-siècle psychiatrique. Il s'ouvre par l'*Etude généalogique sur les aliénés héréditaires*, prix Esquirol de 1868, directement inspirée par Morel ; il se termine par des articles sur *les psychoses aiguës, toxiques et infectieuses, sur la démence précoce.*

Tout le chemin parcouru par la pathologie mentale dans les cinquante dernières années tient là, entre ces titres significatifs du début et de la fin d'un livre.

L'ouvrage de Doutrebente, paru en 1909, obtint le prix Baillarger de l'Académie de médecine, en 1910.

Ce prix combla notre ami de joie, parce qu'il émanait de la plus haute des compagnies médicales, récompensant en son ouvrage, mieux que les administrations et les gouvernements, toute une existence de labeur scientifique et professionnel ; parce que, circonstance touchante et qui en doublait pour lui la valeur, il avait été fondé par le membre le plus illustre de sa famille, par son grand-oncle Baillarger.

Pour célébrer ce succès, Doutrebente eut l'idée de réunir ses amis les plus proches en une fête intime, où s'exprimèrent, avec une sincérité et une chaleur émouvantes, les sentiments d'admiration, d'estime et de sympathie qu'il inspirait à tous.

Il y a de cela six mois à peine. Comme si désormais sa tâche était accomplie, la vie de Doutrebente s'est aussitôt fermée sur le livre qui la résumait, sur la haute récompense qui la couronnait et sur le banquet d'amis qui est venu la clore, presque à la façon de ces derniers festins de la Grèce antique, dont la douce sérénité précédait la fin des sages et les préparait plus doucement à la mort.

C'est une suprême consolation pour moi d'avoir participé à cette fête ultime, d'avoir pu dire à mon vieux maître ce que, à un tiers de siècle de distance, son vieil élève pensait, avec tous, de lui, et d'avoir eu le sentiment que cela l'avait touché.

Mais rien ne saurait apaiser notre douleur; rien ne saurait amoindrir mes regrets en présence de cette mort brutale qui prend notre ami en pleine santé, au moment même où nous rêvions encore pour lui de longs jours heureux.

Rien surtout ne saurait nous faire oublier ceux qu'il laisse après lui et qu'il aimait de toutes les forces de son cœur si bon, si dévoué, si généreux. Que sa femme, que ses fils, que tous les siens sachent au moins que notre deuil n'est point égoïste et que c'est vers le leur, si affreusement cruel, qu'après notre suprême adieu à celui qui n'est plus, va désormais notre respectueuse et sympathique pensée.

Discours de M. le Dr Maurice Olivier,
médecin des asiles publics d'aliénés.

C'est avec un douloureux serrement de cœur que nous avons appris, samedi matin, à l'asile d'aliénés de Blois, la fin inopinée de celui qui, pendant vingt-six années, présida avec une rare maîtrise aux destinées de l'asile départemental de Loir-et-Cher.

Cette affligeante nouvelle a provoqué dans notre personnel médical, administratif et religieux une profonde émotion, et j'ose dire même que plusieurs d'entre nos malades, qui lui avaient voué une sympathie fidèle, n'ont pu dissimuler leur tristesse. Aussi, je suis sûr d'être l'interprète des sentiments unanimes de tous en déposant sur cette tombe le témoignage de notre gratitude infinie et de nos regrets émus. Mais ce n'est pas seulement comme représentant de cet établissement, qui est devenu en grande partie son œuvre, que j'interviens ici, c'est encore comme dernier interne et collaborateur du maître excellent que fut Doutrebente.

Je ne saurais retracer, en quelques phrases trop banales et trop vides, à mon gré, la vie si bien remplie, si riche, si rayonnante de notre éminent ami, non plus que suivre, en ce moment, les étapes de son développement intellectuel et la formation de sa pensée psychiatrique. Mais je voudrais au moins indiquer les efforts pratiques qu'il a tentés dans l'ordre administratif et médical pour adapter l'asile dont il avait la charge aux besoins nouveaux.

Nommé directeur-médecin en chef de l'asile d'aliénés de Blois, le 1er septembre 1880, dans cette maison où son oncle Lunier avait jadis si brillamment exercé les mêmes fonctions, Doutrebente ne tarda pas à déployer une activité débordante et à se créer dans le département une situation morale considérable.

Dès les débuts, il s'attacha avec une persévérance inlassable

à arracher son asile à l'encombrement qui y sévissait et à transformer ce qu'il considérait comme « une renfermerie » en un hôpital de traitement.

Pour mener à bien cette tâche difficile, il dut renoncer désormais à admettre dans son établissement les aliénés indigents de la Seine et des autres départements, qui avaient été jusqu'à ce jour une source de revenus pour le budget, et, par ailleurs, il entreprit l'agrandissement de ses locaux. Dans son substantiel rapport de 1897, au Congrès de Toulouse, on trouve synthétisées, à propos de « l'organisation médicale des asiles d'aliénés », toutes les idées particulières qu'il s'est efforcé de propager et de réaliser ; on y constate surtout combien la question du désencombrement des asiles lui tient à cœur, l'importance matérielle et morale qu'il lui attribue. Aussi, pouvait-il se féliciter à bon droit, au Congrès des aliénistes et neurologistes de Grenoble de 1902, de ne plus compter dans son asile que 24 malades de la Seine, tandis que le nombre de ces derniers s'élevait à 285 en 1880.

Successivement il modifie l'ancien quartier inhabitable autrefois, il aménage des dortoirs de gâteux et de gâteuses au rez-de-chaussée, il crée des chambres d'isolement dans les quartiers d'agités, une infirmerie modèle pour chaque sexe, un pavillon d'admission pour les hommes, un quartier de traitement pour les pensionnaires agités et malpropres, des pavillons indépendants destinés à des pensionnaires isolés, et d'autres constructions moins importantes.

C'est pourquoi à l'heure où Doutrebente prenait sa retraite, en 1906, il pouvait contempler son œuvre avec une légitime satisfaction et reconnaître qu'en dépit de l'accroissement de la population indigente du Loir-et-Cher à l'asile, il avait enfin atteint le but de désencombrement qu'il s'était proposé dès l'année 1880. Grâce à lui, l'asile de Blois présentait les conditions d'hygiène et de confort indispensables qui trop longtemps avaient fait défaut. Et il est bon de le souligner à la louange de cet administrateur habile et avisé, cette œuvre avait pu être exécutée sans recours aux emprunts, et sans augmentation du prix de journée, en dépit des charges qui grevaient son budget d'année en année.

Mais Doutrebente ne se contente pas d'accorder aux malades ce bien-être matériel tout extérieur ; il améliore leur régime alimentaire, perfectionne le service pharmaceutique en attachant à l'établissement un pharmacien vérificateur, édifie un laboratoire très bien outillé en vue de satisfaire non seulement aux exigences de la clinique thérapeutique, mais encore pour faciliter la recherche scientifique de ses collaborateurs.

Il se préoccupe avec une même bonne volonté de donner à

tous les aliénés valides et relativement lucides une existence morale aussi humaine que possible. Il développe et multiplie leurs distractions et leurs jeux, élève un théâtre où se succèdent par intervalles des représentations variées, laisse circuler dans les services un choix de journaux quotidiens et illustrés, organise enfin une bibliothèque, et j'ajoute que, bien qu'il ait exercé sa verve railleuse à maintes reprises à l'égard des théoriciens systématiques de « l'open-door » et du « no-restraint », il faut lui rendre cette justice qu'en fait il n'avait pas attendu l'importation en France de ces nouveautés pour donner à ses malades le maximum de liberté compatible avec la sécurité publique et pour réduire au strict nécessaire l'usage des moyens de contrainte.

J'ai conservé, vivant en moi, l'écho de ces discussions mémorables qu'il a soutenues sur ces problèmes durant ces vingt dernières années et dont il aimait à m'entretenir au cours de mon internat. Il faut relire ces pages pressantes, ardentes, vigoureuses et plaisantes à la fois, où le bon sens de Touraine se manifeste à chaque ligne.

Je manquerais à mes obligations si je ne rappelais encore la part prépondérante qu'il a prise à la fondation de l'hospice Dessaignes — ce magnifique annexe de l'asile de Blois — consacré aux épileptiques et aux idiots, dû sans aucun doute aux généreuses libéralités de la famille Dessaignes, mais amorcé, préparé grâce à l'activité et aux sacrifices premiers de Doutrebente, édifié selon ses vues, et complété depuis peu si heureusement par son successeur le Dr Ramadier. Ne se souvient-on pas d'ailleurs que l'hiver dernier, à l'occasion de l'inauguration de cet hospice par M. Dujardin-Beaumetz, M. le député Treignier, président du Conseil général du Loir-et-Cher, se faisait un devoir lui aussi d'insister sur les mérites de Doutrebente et sur les services inestimables qu'il avait rendus ?

Doutrebente avait certes une vision aiguë des réalités immédiates et il savait avec un merveilleux esprit d'à-propos prendre les déterminations que comportaient les circonstances. Mais nourri à bonne école, élève fidèle, dévoué et averti de maîtres incomparables comme Danner, Morel, Calmeil, Baillarger, Lunier, collaborateur intime du professeur Ball avec l'aide de jeunes aliénistes comme le professeur E. Régis et le Dr Vallon, devenus aujourd'hui à leur tour des psychiatres éminents. Doutrebente garda toujours de cette forte éducation psychiatrique le goût des spéculations médicales et philosophiques, le souci de la culture scientifique et un sentiment de profond attachement aux traditions de la psychiatrie française qui le laissait cependant ouvert à tous les progrès véritables et à toutes les innovations non verbales. Doué d'un grand sens clinique,

servi par une admirable mémoire riche de faits observés et d'anecdotes instructives, ardent dans ses convictions, mais tolérant toujours à l'égard de ses adversaires, plein d'enthousiasme et de confiance dans les jeunes générations, champion valeureux, loyal et désintéressé de toutes les causes qu'il croyait justes, Doutrebente fut le prototype accompli de ces directeurs-médecins d'asiles en faveur desquels, durant quarante-cinq années, il rompit des lances contre l'opinion de ceux qui, par une erreur funeste, prétendaient disseccier les fonctions administratives et médicales.

Comme membre du comité de l'Association amicale des médecins d'asile, je ne puis oublier enfin qu'il fut, il y a quelque douze ans, le protagoniste le plus résolu d'une organisation professionnelle des médecins d'asile; mais l'heure était prématurée et ses efforts ne purent aboutir. On peut dire, il est vrai, que les premiers jalons dont il sut planter notre route ont préparé, amené les bénéfices matériels et moraux que nous commençons à recueillir aujourd'hui.

Aussi, bien que retiré de la vie professionnelle active depuis 1906, il n'avait pas perdu de vue notre association naissante et il nous avait dispensé, avec un noble désintéressement, ses conseils expérimentés et ses encouragements.

Naguère encore, fin avril dernier, malgré les premiers troubles du mal qui le minait, il n'hésitait pas à se rendre à notre assemblée générale et à intervenir dans nos débats avec l'énergie, l'esprit de solidarité et la compétence que l'on sait.

Je ne puis terminer ces brèves paroles sans me souvenir de la dette de reconnaissance que j'ai contractée à son égard.

Accueilli dans son asile, il y a bientôt dix ans, avec une bienveillance touchante et une chaude sympathie, j'ai trouvé en lui un initiateur précieux, un guide complaisant en psychiatrie comme en pratique administrative. J'ai vécu dans son intimité quatre années durant lesquelles il ne cessa de me prodiguer ses sages conseils et de me communiquer le fruit de son expérience et de son labeur. Sous son impulsion, je me suis orienté, à mon tour, vers cette spécialité médicale, où il avait réussi à s'acquérir déjà de longue date un renom de bon aloi. Cette communion quotidienne de l'esprit et du cœur a développé entre nous des liens d'une indéfinissable douceur dont aucune contingence désormais ne saurait plus effacer l'empreinte profonde. Seuls, ceux qui, comme moi, ont été mêlés à sa vie quotidienne pourront dire le charme de sa conversation abondante, diverse et imagée, relevée souvent d'une pointe d'humour, sa souplesse intellectuelle, la largeur de ses vues, la profonde bonté de son caractère que ne parvenait pas à cacher une certaine impétuosité native, la franchise parfois un peu

cassante qu'il apportait dans ses relations et dont seuls les envieux et les sots auraient pu se montrer offusqués, sa sensibilité attendrie qu'un événement heureux ou malheureux mettait vite en évidence, la clairvoyance de ses jugements sur les hommes et sur les choses, son dévouement inépuisable pour les œuvres qui sollicitaient son attention, la droiture et la simplicité de ses attitudes — toujours égales — envers les humbles comme envers les puissants, son horreur enfin de tous les mercantilismes.

Doutrebente, comme toutes les personnalités fortes, rencontra dans la vie médicale et dans la vie civile — à quoi bon le nier — sa part d'hostilités, il traversa des heures amères, mais il triompha toujours vaillamment de l'injustice du sort ou de la malveillance mesquine des hommes. Et l'on peut dire, à l'heure où l'on se plaint de l'universel abaissement des caractères, qu'avec Doutrebente disparaissent une belle intelligence, et un homme.

Il lègue à tous les siens un précieux héritage de probité, d'honneur, de savoir; puissent-ils conserver ce flambeau qu'il avait reçu des Baillarger et des Lunier, et qu'il avait tenu à son tour si dignement.

Doutrebente, nous apportons à ta famille éplorée le tribut de nos hommages attristés et sympathiques.

Ami sûr, maître vénéré, nous t'assurons que ton souvenir vivra définitivement gravé dans nos cœurs.

Dr Bodros. — Nous avons le regret d'annoncer la mort du Dr Alexandre Bodros, médecin en chef de l'asile des aliénés de Morlaix (Finistère), décédé le samedi 8 juillet dernier, à Morlaix, dans sa soixante-sixième année.

Le Dr Bodros avait fait ses études médicales comme élève de l'Ecole militaire de santé, à la Faculté de médecine de Strasbourg. Il suivit la carrière militaire et prit, en 1895, sa retraite comme médecin-major de l'armée. Retiré dans son pays, ses concitoyens l'envoyèrent siéger au Conseil général du Finistère, et, peu après, en 1896, il fut nommé médecin en chef de l'asile des aliénés de Morlaix. La médecine mentale ne lui était pas inconnue; il avait suivi avec intérêt et curiosité le cours public qu'un jeune agrégé, le Dr H. Dagonet, faisait à la Faculté de Strasbourg, et son enseignement clinique à l'asile de Stephansfeld. Bodros n'eut pas grand'peine à se remettre au courant pour appliquer dans son nouveau service les leçons si substantielles du maître distingué de Strasbourg. Au savoir, notre regretté confrère joignait une grande bienveillance, une fine bonhomie et un sentiment très élevé de ses devoirs professionnels.

Bodros s'appliquait surtout à la pratique de la médecine légale, et il y réussissait. C'est même dans l'exercice de ses fonctions de médecin légiste qu'il devait trouver la mort. Voici, en effet, ce que m'écrivait, le 11 juillet, son fils, le Dr Paul Bodros, qui fut mon interne à Charenton : « Il y a environ un mois on convoqua mon père, par une note du Parquet, pour une autopsie au petit village de Peuzé. Il se fit, au cours de cette autopsie, deux piqûres anatomiques à la main droite qui suppurèrent quelques jours et qu'il crut guéries. Il y a environ une quinzaine, il eut un grand frisson et de la fièvre, et dut s'aliter; peu d'heures après survint un gonflement considérable du genou et de la cuisse qu'il prit pour un accès de goutte et qu'il négligea de faire examiner de près. Quand je vins près de lui, il y a cinq jours, je diagnostiquai un phlegmon que je fis ouvrir immédiatement, mais trop tard, hélas! Il meurt victime de son devoir professionnel, souriant et affable jusqu'à la fin, comme il fut toute sa vie. »

Nous n'avons rien à ajouter à ce récit, émouvant dans sa simplicité, de la mort de notre ancien camarade de la Faculté de médecine de Strasbourg. Nous adressons à notre confrère, le Dr Paul Bodros, nos sincères sentiments de vive sympathie et de douloureuse condoléance. A. R.

Dr Marfaing. — Le Dr Ernest Marfaing, un des directeurs de la Maison de santé de Saint-Mandé, est mort le 6 juillet dernier, dans sa soixante-neuvième année.

Né à Foix (Ariège), le 9 décembre 1842, il prit ses premières inscriptions à l'Ecole de médecine de Toulouse. Ses tendances naturelles le portant vers l'étude de la pathologie mentale, il fut successivement interne de l'asile de Braqueville, près de Toulouse, puis de la Maison nationale de Charenton, Il termina ses études par une thèse remarquée (11 août 1875) sur les rapports de l'alcoolisme et de l'aliénation mentale.

Après avoir pratiqué pendant quelques années la médecine dans une station thermale, il devint directeur de la Maison de santé de Saint-Mandé fondée par Brierre-de-Boismont, où il devait rester jusqu'à sa mort.

Le Dr Marfaing a institué, pour sa légataire universelle, l'Association générale des médecins de France; elle a accepté ce legs qui atteint, dit-on, le chiffre de 395.000 francs environ.

LES ALIÉNÉS EN LIBERTÉ (*suite*).

47. *Agression violente.* — Au moment où il fracturait la porte d'une maison de la rue de Charenton, un individu était arrêté, hier, vers quatre heures de l'après-midi, par deux agents qui le conduisirent au commissariat de police de M. Boutineau.

Là, l'homme s'approcha mystérieusement de M. Cherel, secrétaire, et lui dit :

— Je suis enseigne de vaisseau et aide de camp de l'amiral Courbet. Ne dites rien. Nous sommes trahis. Mais je prépare à nos ennemis un coup de ma façon.

Le dément — Pierre Blivet, âgé de quarante ans, demeurant rue Keller, sorti la veille de l'asile Sainte-Anne — pivota ensuite sur les talons, esquissa un pas de danse, poussa deux ou trois cris stridents, puis hurla :

— Aux armes !

Et posément, mais en visant, il lança à la tête de M. Cherel, du garçon de bureau Pétre et de l'agent Mathonat tous les objets garnissant le bureau du secrétaire.

Seul, M. Cherel fut atteint et légèrement blessé.

Calmé enfin, le fou prit place dans un fiacre, en compagnie de l'agent et du garçon de bureau, qui avaient reçu mission de le conduire à l'infirmerie spéciale du Dépôt. Mais, en cours de route, il fut pris d'une crise de folie furieuse, et il chercha à étrangler et à assommer ses compagnons. Il fallut user de violence pour venir à bout de lui et le conduire dans la cellule préparée à son intention au Dépôt.

M. Pétre et l'agent Mathonat, dont l'état est assez grave, ont dû cesser leur service. (*Paris-Journal*, numéro du lundi 27 mars 1911.)

48. *Suicide.* — Madeleine Meyer, une bonne de vingt-deux ans, employée chez Mme Veyron, 2, avenue du Trône, atteinte de neurasthénie, tentait, il y a deux mois, de se tuer en avalant un liquide corrosif.

On la soigna à l'hôpital Tenon et, à peine guérie, elle essayait de se pendre. On la découvrit à temps, mais, hier, la pauvre fille a réussi à se tuer en se précipitant du cinquième étage. (*Le Journal*, numéro du mardi 4 avril 1911.)

49. *Tentatives d'homicide et suicide.* — On télégraphie de Berlin au *Journal* (numéro du mercredi 12 avril 1911) :

Le commerçant Max Adler, de la Krossenerstrasse, à Berlin, trouva, hier, agréable de bombarder, à coups de fusil, les promeneurs qui passaient devant les fenêtres de sa maison. Il n'atteignit, heureusement, personne. Mais la police fut requise et dut enfoncer la porte pour se saisir du forcené, qui opposa une résistance acharnée.

Après quelques heures passées au bureau de police, on remit Adler en liberté. Il regagna immédiatement son domicile et se tira deux coups de fusil dans la poitrine. La mort a été instantanée.

50. *Suicide.* — On lit dans *La Liberté* (numéro du mercredi 12 avril 1911) :

Vers six heures ce matin une ouvrière cartonnière, Marcelle Bulet, âgée de trente ans, demeurant, 104, quai Jemmapes, s'est jetée par la fenêtre de son logement situé au quatrième étage.

La malheureuse femme, qui respirait encore, fut transportée à l'hôpital Saint-Louis où elle mourut peu après son arrivée. Depuis quelque temps, elle donnait des signes manifestes de dérangement cérébral.

51. *Agression violente.* — Hier après-midi, vers deux heures, la rue d'Aboukir était mise en émoi par d'horribles cris qui paraissaient venir d'un bar. Presque au même instant un homme se précipitait dans la rue, brandissant une canne et bousculant les passants. Quelques personnes s'élancèrent à sa poursuite en clamant : « A l'assassin! A l'assassin! Arrêtez-le! » L'homme se retourna brusquement et asséna un furieux coup de poing sur celui qui le serrait de plus près. Le malheureux, tout étourdi, s'en alla rouler sur la chaussée, tandis que le forcené, faisant tout autour de lui des moulinets avec sa canne, écartait la foule qui l'entourait. Un inspecteur du commissariat du quartier du Mail, M. Mercier, qui passait dans la rue, accourut en apercevant l'attroupement. Il fendit les rangs pressés des spectateurs, et tenta de s'emparer de l'individu. Mais celui-ci, à coups de pied et à coups de poing, se défendit comme un diable. Enfin, après une lutte acharnée, au cours de laquelle il fut sérieusement contusionné, M. Mercier parvint à maîtriser l'énergumène. Celui-ci, brusquement calmé, se mit alors à baragouiner un jargon incompréhensible. C'était un fou. Conduit au commissariat, son identité fut établie. C'était un nommé Donat Espack, cinquante-sept ans, garçon de café, 6, rue du Prévôt. Il a été envoyé à l'infirmerie spéciale du Dépôt. (*Le Journal*, numéro du jeudi 20 avril 1911.)

52. *Suicide.* — Cette nuit, vers deux heures, une jeune femme, blonde, âgée d'environ vingt-cinq ans, assez élégamment vêtue de noir, s'est jetée dans la Seine au quai de Gesvres, du haut de l'escalier du pont Notre-Dame.

Retirée aussitôt, la désespérée reçut des soins au pavillon de secours. Là, on constata que la malheureuse donnait des signes évidents de dérangement cérébral. Elle a été envoyée à l'infirmerie spéciale du Dépôt par les soins de M. Picot, commissaire de police. (*La Liberté*, numéro du samedi 6 mai 1911.)

53. *Suicide.* — Hanté depuis longtemps par des idées de suicide, un employé de commerce, M. Charles Bricault, âgé de cinquante-trois ans, demeurant 144, rue des Voies-du-Bois, à Colombes, réussit, hier soir vers cinq heures, à tromper la surveillance de sa femme. D'une traite, il courut au pont de Charlebourg, à la Garenne, et se jeta sur la voie ferrée au moment où passait le train de marchandises 4065.

L'infortuné fut coupé en deux à la hauteur de la ceinture, et sa femme, qui l'avait suivi, arriva juste pour assister à cette mort atroce. (*Le Journal*, numéro du samedi 6 mai 1911.)

54. *Homicide.* — On télégraphie de Lorient au *Journal* (numéro du dimanche 14 mai 1911) :

Un terrible drame s'est produit à Ploermel, vers neuf heures et demie du soir ; le nommé Désiré Goulu, âgé de trente-huit ans, demeurant chez sa mère, descendait la rue de la Gare, la tête basse, une bouteille d'absinthe sous le bras. Il rencontra des jeunes filles qui prirent peur de lui et demandèrent à trois jeunes gens de les accompagner. Goulu s'approcha du groupe, sortit un revolver de sa poche et tira au hasard. M. Louis Barat, âgé de vingt-quatre ans, facteur à la gare de Ploermel, s'affaissa, atteint à l'épaule droite. Avant qu'on ait eu le temps de désarmer le meurtrier, il tira à bout portant un second coup de feu sur M. Barat, qui fut atteint au ventre. Le malheureux a succombé dans la nuit.

Le meurtrier, sans l'intervention de la gendarmerie, eût été lynché par les témoins de son acte insensé ; on est en présence du crime d'un fou. Goulu avait été interné dans un asile d'aliénés, il y a un an. Depuis quelque temps, il s'était mis à boire, et ces jours derniers il portait continuellement sur lui une bouteille d'absinthe qu'il buvait à même. On a trouvé sur le meurtrier deux revolvers de gros calibre et une boîte de vingt cartouches.

FAITS DIVERS

Création de classes pour les enfants arriérés. — On lit dans les journaux de Rouen :

On se rappelle certainement les efforts faits par « la Société des Amis de l'enfance pour le développement des enfants arriérés », et particulièrement ceux de son président, M. le Dr Laurent, dans le but d'obtenir dans notre ville la création d'écoles pour les enfants arriérés. Ces efforts sont aujourd'hui couronnés en partie de succès, puisque le Conseil municipal de Rouen, dans sa séance du 26 juillet 1911, a décidé la création d'une classe de filles, de ce genre, qui sera installée à l'école Catherine-Graindor.

C'est en raison de sa situation au centre de la ville, dit M. Gambey, rapporteur, que cette école a été choisie pour tenter l'expérience des classes de perfectionnement ; ces classes ne devant, aux termes de la loi, recevoir que des enfants d'un même sexe, une autre école devra par la suite être désignée pour l'admission des garçons.

Une Commission spéciale, composée de l'inspecteur primaire,

d'un directeur ou maître d'une école de perfectionnement et d'un médecin, déterminera les enfants qui peuvent être admis ou maintenus dans les écoles primaires publiques et pourra autoriser leur admission dans une classe annexe ou dans une école de perfectionnement si l'enseignement ne doit pas leur être donné dans leur famille.

Il appartiendra, ajoute M. Gambey, après avoir cité cet article 12 de la loi, à M. l'inspecteur d'Académie, de déterminer les conditions dans lesquelles devra se faire le recrutement des élèves de la nouvelle école, la ville devant se borner, pour commencer, et à titre expérimental, à créer une seule classe de cette espèce.

Le Conseil municipal vote un crédit de 700 francs comme indemnité de résidence et de logement de l'institutrice chargée de ce cours spécial.

Une expérience intéressante au Danemark. — On lit dans le *Temps* (numéro du 30 juillet 1911) :

Au Danemark, où l'assistance sociale a atteint un haut degré de perfectionnement, la Société de l'assistance aux imbéciles pathologiques va procéder à une curieuse expérience. Elle a acheté l'île de Livœ située dans le fjord de Lim, et va y construire un asile pour les hommes faibles d'esprit animés de penchants nuisibles à la société ou atteints de la manie du vagabondage, et en général pour les malades de l'esprit qu'on doit aujourd'hui enfermer pour des raisons de sécurité publique et qui devraient en réalité bénéficier d'une grande liberté de mouvement.

Dans l'île de Livœ les malades jouiront d'une existence plus libre et plus naturelle, et ceux atteints de la manie du vagabondage pourront s'y donner librement, car ils disposeront des trois cent cinquante hectares de superficie de l'île et ils ne pourront pas en sortir. Bien entendu on fournira aux internés l'occasion de travailler et ils pourront se livrer à des occupations aux champs ou dans la forêt, dans une tuilerie ou une tourbière.

On attend d'heureux résultats de cette curieuse expérience.

Incendie d'un asile d'aliénés au Canada. — Un incendie s'est déclaré dans l'asile des aliénés d'Hamilton (Ontario). Huit aliénés ont été carbonisés. On a réussi à en sauver un millier. Les pompiers, les agents de police et les gardiens de l'asile ont fait preuve d'un courage magnifique pendant les opérations de sauvetage. (*Le Temps*, numéro du jeudi 3 août 1911.)

Famille de neurasthéniques. — Il y a neuf ans, le jeune F..., âgé de vingt et un ans, fils d'un fonctionnaire de Périgueux, se noyait à Biarritz. Cinq ans après, son frère, soldat à Toulon, venait se pendre dans un hôtel à Périgueux. Ces jours derniers, le troisième frère, étudiant, âgé de vingt ans, est allé

se noyer à Biarritz, à l'endroit même où son frère aîné s'était donné la mort. (*Le Temps*, numéro du mardi 11 juillet 1911.)

Un vœu des jurés de la Seine. — La session des assises de la première quinzaine d'août a été close le samedi 12 août. Avant de se séparer, les jurés, qui ont acquité Boyer, l'auteur du meurtre de l'artiste Emile Regnard, ont fait transmettre au ministre de la Justice, par l'intermédiaire du président, le vœu suivant :

Considérant qu'un criminel, acquitté pour irresponsabilité, est un danger pour la société ; qu'il peut faire de nouvelles victines ; qu'il en est souvent ainsi :

Les jurés de la Seine, réunis hors session, émettent le vœu que la loi donne le droit de faire interner le criminel dans une maison de santé spéciale jusqu'au jour où il sera établi qu'il a cessé d'être un danger public.

Sur les trente et un membres du jury, vingt-hnit ont signé.

PRIX DE LA SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Année 1912.

Prix Aubanel. — 1.000 francs. — Question : *Troubles psychiques au cours des polynévrites.*

Prix Belhomme. — 900 francs. — *Du rôle comparatif de la syphilis et de l'alcoolisme dans la genèse de l'idiotie.*

Prix Christian. — 300 francs. — Ce prix est attribué chaque année par le Bureau de la Société donataire à un interne des asiles d'aliénés de Paris ou de la province, momentanément gêné, soit pour terminer ses études, soit pour payer sa thèse (1).

---

(1) *Règlement du prix Christian.* — Article premier. — Les internes des asiles publics de France, candidats au prix Christian, devront :

1° Etre de nationalité française ;

2° Justifier de leur état de gêne momentané par la production d'une attestation du médecin chef du service où ils sont internes ;

3° Faire parvenir au secrétaire de la Société médico-psychologique une copie du manuscrit de leur thèse.

Art. 2. — Le candidat désigné par le Bureau recevra le montant du prix après l'envoi au trésorier de la Société médico-psychologique de deux exemplaires de Faculté de sa thèse.

Art. 3. — Dans le cas où le prix ne serait pas décerné une année, le montant en sera reporté à l'année suivante et le Bureau pourra, s'il y a lieu, décerner plusieurs prix.

Prix Esquirol. — Ce prix, d'une valeur de 200 francs, plus les œuvres de Baillarger, sera décerné au meilleur mémoire manuscrit sur un point de pathologie mentale.

Année 1913.

Prix Christian. — 300 francs. — Ce prix est attribué chaque année par le Bureau de la Société donataire à un interne des asiles d'aliénés de Paris ou de province, momentanément gêné, soit pour terminer ses études, soit pour payer sa thèse.

Prix Esquirol. — Ce prix, d'une valeur de 200 francs, plus les œuvres de Baillarger, sera décerné au meilleur mémoire manuscrit sur un point de pathologie mentale.

Prix Moreau (de Tours). — 200 francs. — Ce prix sera décerné au meilleur mémoire manuscrit ou imprimé, ou bien à la meilleure des thèses inaugurales soutenues en 1909 et 1910, dans les Facultés de médecine de France, sur un sujet de pathologie mentale et nerveuse.

Nota. — Les mémoires, manuscrits ou imprimés, devront être déposés le 31 décembre 1911, pour les prix à décerner en 1912, et le 31 décembre 1912 pour les prix à décerner en 1913, au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris, ou chez M. le Dr Ant. Ritti, secrétaire général de la Société médico-psychologique, 68, boulevard Exelmans, Paris-Auteuil. Les mémoires manuscrits devront être inédits et n'avoir pas obtenu de prix dans une autre Société; ils pourront être signés. Ceux qui ne seront pas signés devront être accompagnés d'un pli cacheté avec devise, contenant les noms et adresses des auteurs.

Le Rédacteur en chef-Gérant : Ant. Ritti.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL

DE

L'ALIÉNATION MENTALE

ET DE

LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

Pathologie.

LE VAGABONDAGE CONSTITUTIONNEL

OU

DES DÉGÉNÉRÉS

Par le professeur MAIRET

Suite (1).

CHAPITRE III

Vagabondage dans l'inversion morale, l'instabilité et le déséquilibre.

Parmi les anomalies de développement entrant dans la constitution du vagabondage d'habitude, il en est deux, l'inadaptation au milieu social et l'instabilité, qui sont loin de lui être exclusives et qui peuvent même,

(1) Voir les *Annales* de juillet-août et septembre-octobre 1911.

dans certains cas, en prenant une envergure toute autre que celle que nous avons constatée jusqu'ici, réaliser des types cliniques ayant leur autonomie et voulant être étudiés à part. Ces types sont l'*inversion morale, l'instabilité et le déséquilibre*. Or, dans l'un et l'autre, on peut rencontrer comme symptôme le vagabondage ; le pourquoi, dans ces nouvelles conditions, peut ne plus être le même que celui que nous connaissons et veut, par suite, être étudié en lui-même et dans ses rapports avec chacun d'eux. Voyons-le d'abord dans l'inversion morale.

A. — Vagabondage dans l'inversion morale. — Sous le nom d'inversion morale, nous avons, Euzière et moi (1), dégagé et désigné, il y a quelques mois, un type clinique fait d'anomalies de développement et que les observations nous ont tout naturellement amenés à dénommer ainsi. Ce type comprend la généralité des fous moraux des auteurs français et des criminels nés de Lombroso. Sa récente entrée dans la science me paraît rendre nécessaire sa présentation au lecteur, avant de m'occuper du vagabondage qui peut en être un des symptômes.

Si l'enfant normal est susceptible d'être éduqué, c'est qu'il apporte avec lui, en naissant, une manière d'être psychique, des tendances, qui lui permettent de se plier à la règle, à la loi, représentées dans le jeune âge par ses parents et ses éducateurs, plus tard par la société et les lois. Intimement liées à notre constitution psychique, ces tendances, cette manière d'être psychique nous sont naturellement transmises par l'hérédité et, d'une manière générale, renforcées par elle. C'est ce qu'exprime, par exemple, Guyau (2) quand il

(1) Mairet et Euzière. *Les invalides moraux*. Masson, 1910.
(2) Guyau. *Éducation et Hérédité*. Paris, 1895, p. 7.

dit : « L'enfant civilisé, au lieu d'être comme le sauvage sans loi, sans frein, est tout prêt à recevoir le joug de la loi intérieure. L'éducation trouve en lui une sorte de légalité préétablie, de loyalisme naturel. » C'est la même idée qu'exprime Egger (1) : « L'enfant montre de très bonne heure une disposition à se soumettre à l'autorité d'autrui et cet instinct moral n'est probablement que le résultat héréditaire de l'expérience sociale et de la culture morale de plusieurs générations. »

Eh bien, dans des cas malheureusement trop nombreux, cette tendance à se soumettre à la règle, à la loi, sous quelque forme qu'elles se présentent, non seulement n'existe pas, mais est remplacée par une tendance inverse qui fait des individus qui en sont atteints des antiéducables, des antisociables. Il y a là une inversion de tendances. Cette inversion est à la base de l'inversion morale, mais elle est loin de la constituer en entier. A côté d'elle, on constate, d'une part, une atrophie des sentiments bons (affection, bonté, pitié, etc.) et de la conscience morale, de sorte que l'individu n'a, de ce fait, aucune tendance vers le bien, et, d'autre part, au contraire, une floraison anormale des sentiments mauvais, des passions (égoïsme, égotisme, colère, paresse, méchanceté, appétences diverses, hyperesthésie et perversions sexuelles, etc.), qui fait que l'individu a de l'appétence pour le mal, et qu'il réalise ainsi, dans sa constitution morale, l'inverse de ce qu'on constate chez l'homme normal, d'où le nom d'inverti moral que, tout naturellement, nous lui avons donné. C'est, en effet, dans son être moral que l'inverti est plus particulièrement atteint ; cependant son intelligence l'est aussi, et, si celle-ci peut-être parfois très brillante dans certaines

(1) Egger. *Développement de l'intelligence*, etc. Paris, 1878, p. 51.

de ses parties, elle est volontiers atrophiée dans d'autres : le raisonnement et le jugement laissent toujours à désirer. Quant à la volonté, elle est serve des passions. Disons, pour compléter ce tableau clinique, que, à l'inversion, s'ajoute toujours un certain degré d'instabilité qui fait de l'inverti un individu difficile à fixer dans son attention et non moins difficile à fixer à un métier.

Pour illustrer la description qui précède, et pour donner tout son relief à la physionomie clinique de l'inversion morale, je relaterai l'observation suivante (1) :

Obs. III. — D. A... a les apparences d'un homme raisonnable ; cependant toute sa vie est en opposition constante avec ce qui est bien. Volontaire, colère, vindicatif, il ne fut jamais comme les autres enfants, il voulait tout ce qu'on lui défendait, prenait et mangeait tout ce qu'il trouvait, au risque de s'empoisonner ; il lui est arrivé de boire de l'encre et de l'eau de javelle. A trois ans, ne pouvant ouvrir une porte pour se rendre chez une voisine qui lui donnait quelquefois des friandises, il se jeta par la fenêtre du premier étage, on le crut tué, il n'était qu'étourdi.

Ses parents, ne pouvant absolument rien faire de lui, le mettent en pension à Belleville, espérant que des étrangers auraient plus d'empire sur lui. Là, il fut pire que jamais ; chassé de classe, il se réfugiait dans la cuisine où il cassait tout, mangeait ce qu'il trouvait. On ne voulut pas le garder. Un jour, sa grand'mère étant venue le voir, A... lui demande d'aller avec elle ; sur son refus, il ramasse une pierre et la lui lance à la tête ; la pauvre femme est blessée.

Réprimandé sévèrement, A..., loin de se montrer repentant, exprime, au contraire, le regret de ne lui avoir pas fait plus de mal.

En grandissant, ce malheureux enfant devient chaque jour plus terrible ; il est animé des plus mauvaises passions, il se fait renvoyer ou se sauve de plusieurs pensions. Il vole ses camarades, les maltraite ; on le fuit.

---

(1) Moreau de Tours. *Psychologie morbide*. Paris, 1860.

A... n'était pas dépourvu d'intelligence, mais il ne s'en servait que pour mal faire.

De douze à dix-huit ans, on lui fait essayer plusieurs métiers ; ses patrons le chassent tous de chez eux pour inconduite et, plusieurs fois, pour vol. A dix-huit ans, il s'engage dans un régiment de ligne. Il se conduit assez bien, tant que son régiment est en campagne et qu'il y a des coups de fusils à donner et à recevoir ; il se fait même remarquer par son courage. La paix rétablie, il ne se passe pas de semaine sans qu'il ne soulève contre lui les plus vifs mécontentements ; d'un caractère sauvage, il a sans cesse le sabre à la main pour se venger de prétendues injures ; il subit plusieurs punitions fort graves et fort pénibles, celle des silos, par exemple, tout cela avec la plus complète indifférence. Ayant été condamné à mort pour voies de fait envers un supérieur, A... accueille sa sentence en disant : « Ma foi, je ne l'ai pas volé et, après tout, il est temps que ça finisse ; qu'on me tue, après je serai débarrassé de moi-même. » La peine fut commuée en celle de dix années de détention.

Ajoutons, pour compléter l'histoire de l'inversion morale :

1° Que celle-ci est liée à la constitution psychique du sujet et que, dans l'immense majorité des cas, sinon toujours, elle plonge ses racines dans l'hérédité ;

2° Que, comme toutes les anomalies de développement, elle n'a pas toujours l'intensité et la généralisation que nous venons d'indiquer ; qu'entre l'inverti moral complet et l'homme normal on peut constater des intermédiaires nombreux ; en d'autres termes, qu'elle peut être atténuée. C'est le cas des vagabonds d'habitude que nous avons étudiés dans le chapitre précédent. Chez eux, elle est réduite à une simple réversion de tendances, se traduisant par leur inadaptation au milieu social. Mais cette réversion n'en a pas moins la même origine et n'en est pas moins de même nature que l'inversion morale complète.

Dans l'inversion morale, on peut rencontrer le vagabondage, l'observation suivante en fait foi :

Obs. IV. — Il y a un peu plus d'un an, j'étais chargé d'examiner l'état mental d'une jeune fille de vingt-trois ans, Elisa, qui avait proféré en plein tribunal correctionnel des injures contre les magistrats, les traitant de vaches, de c..., etc., etc. Condamnée de ce fait à trois mois de prison, la prévenue fit appel de ce jugement ; l'affaire revint alors devant la Cour qui se demanda si cette femme avait toute sa raison et me commit pour l'examiner.

Elisa n'en était ni à son premier exploit, ni à sa première condamnation. Malgré son jeune âge, elle avait déjà été condamnée neuf fois, tant à Angoulême qu'à Bordeaux et à Limoges, pour vol, vagabondage, infraction à la police des chemins de fer, dégradation de monument public, voire même pour outrages à des magistrats proférés dans des conditions à peu près semblables à celles qui lui valurent à Montpellier sa condamnation à trois mois de prison. Assistant à une audience du tribunal correctionnel de Limoges, elle s'attira par son attitude incorrecte une observation du président. Elle le prit très mal, injuria grossièrement celui-ci, regrettant « de ne pas avoir une savate pour la lui jeter à la gueule ». Condamnée de ce fait à un an et un jour de prison, elle fut conduite à la maison centrale de Montpellier. Elle en était sortie depuis huit jours seulement lorsqu'elle se livra à l'algarade à la suite de laquelle on me chargea de son examen médico-légal.

Ce n'était pas la première fois d'ailleurs qu'Elisa était soumise à un semblable examen ; deux fois déjà, deux de nos confrères avaient été appelés à donner leur avis sur son état mental et tous deux avaient conclu à la non-existence chez elle de la folie, mais à l'existence de tares profondes du système nerveux. Pour le premier, elle était une dévergondée, une excentrique, une déséquilibrée ; pour le second, une impulsive motrice à volonté débile.

Mon examen direct ne devait pas tarder à me convaincre à mon tour qu'Elisa était réellement profondé-

ment tarée dans son système nerveux et à me montrer que ces tares faisaient d'elle une invertie morale. Toutefois, comme j'avais affaire à une détenue et me défiais, par suite, de ses dires, je fis demander par l'avocat général des renseignements à sa famille et aux différentes institutrices qui l'avaient eue sous leur direction. Ces divers renseignements se confirmèrent l'un l'autre et affirmèrent le bien-fondé de mon diagnostic. Je les résume :

Elisa ne pouvait rester en place, elle faisait l'école buissonnière, vagabondait de-ci et de-là ; et quand, par hasard, elle était en classe, elle battait continuellement les autres enfants et se révoltait contre ses maîtresses, aussi ne voulait-on la garder nulle part ; elle fit ainsi nombre d'écoles. Elle n'était pas inintelligente, mais on ne pouvait fixer son attention. Revêche à toute discipline, volontaire, capricieuse, paresseuse, menteuse, elle décourageait ses parents et se révoltait contre sa mère. Dénuée d'affection envers les siens, haïssant même son père, elle n'exprimait ni regrets, ni remords quand elle avait mal fait. Toute jeune, elle se montra excitée génésiquement ; dès l'âge de douze ans, elle avait des relations avec les petits garçons et les petites filles de son âge, et, aujourd'hui encore, son appétence pour les personnes de son sexe est très nette.

Placée vers treize ans chez des patrons, elle ne put rester nulle part, elle fut renvoyée de partout à cause de son indiscipline, de son mauvais caractère, de ses mensonges, de ses mauvais instincts.

A dix-huit ans, elle quitte la maison paternelle avec un jeune homme qu'elle abandonne bientôt, et alors commence la vie la plus décousue qu'on puisse imaginer. Sans domicile fixe, elle se livre à la prostitution, vit quelques jours avec un individu qu'elle quitte bientôt, le plus souvent après l'avoir volé, entre dans des maisons de prostitution où son saphisme se donne pleine carrière, se place comme domestique, mais ne reste que quelques jours dans la même place, d'où elle est renvoyée pour inconduite ou pour vol, couche plus souvent sous les ponts que dans un lit, vagabonde, quitte Bordeaux pour aller continuer la même vie à Angoulême et à Limoges, revient à Angoulême, etc. ; souvent

mise en prison, parfois à l'hôpital pour maladie vénérienne. Elle se montre toujours et partout insolente, indisciplinée, méchante, colère.

Devant le tableau qui précède, personne ne niera qu'Elisa soit une invertie morale, personne ne niera davantage qu'elle soit une vagabonde et tout le monde reconnaîtra que, chez elle, le vagabondage est étroitement lié à l'inversion morale. On voit, en effet, cette femme être, dès son enfance, une instable, difficile à fixer dans son attention, ayant toujours besoin de mouvement, faisant l'école buissonnière, et, plus tard, ne pouvant rester dans aucune place, indisciplinée, rebelle au joug, c'est-à-dire tout équipée pour le vagabondage. Aussi, quand avec l'âge s'aiguisent les passions, elle quitte sa famille et va d'une ville à une autre, demandant à la prostitution, à la mendicité et au vol ses moyens d'existence.

Elisa est donc bien une vagabonde et une vagabonde dont le vagabondage est lié à l'inversion morale.

Les faits de même ordre ne sont pas rares, et veulent, à mon avis, être étudiés : d'une part, dans le vagabondage envisagé en lui-même ; d'autre part, dans les rapports de celui-ci avec l'inversion. Reprenons, dans ce but, l'observation d'Elisa et pénétrons un peu plus avant dans l'étude des caractères de son vagabondage.

Lorsque j'étudie ces CARACTÈRES, je vois celui-ci mériter le nom de vagabondage d'habitude, mais, à part ce point de ressemblance avec celui de La..., être tout différent de ce vagabond d'habitude qui nous a raconté sa vie errante et qui couvre des kilomètres et des kilomètres pour arriver au but qu'il s'est proposé d'atteindre. Elisa, elle, se contente de vagabonder dans un milieu restreint, à Bordeaux, à Angoulême, à Limoges, dont elle bat les pavés, en se prostituant, en mendiant,

en volant, ne pouvant rester nulle part, pas même dans une maison publique, où il lui est cependant loisible de satisfaire ses instincts dépravés.

Elisa n'est donc pas une errante à l'instar des vagabonds d'habitude que nous avons étudiés jusqu'ici. Elle se range parmi ces gens sans aveu qui infectent nos villes et contre lesquels les citadins demandent protection, comme les campagnards demandent protection contre les trimardeurs. Or, si je vois juste, c'est ce genre de vagabondage qu'on rencontre, d'une manière générale, chez les invertis moraux ; mes observations personnelles et celles publiées dans la science ne me laissent aucun doute à ce sujet.

Joseph P..., dont j'ai publié ailleurs (1) l'observation, est un inverti moral qui, depuis l'âge de onze ans, a passé sa vie, rarement en liberté, plus souvent dans une maison de correction, en prison, ou dans un asile d'aliénés. Dès qu'il est libre, il va rejoindre dans une ville, à Montpellier, à Nîmes, ou ailleurs, d'autres vagabonds avec lesquels il se livre au maraudage et au vol, combinant de véritables expéditions dans les villages voisins où l'un d'eux a découvert quelque bon coup à faire. Il m'affirme n'avoir jamais assassiné pour voler, mais de cela je ne suis pas sûr. Tant que l'argent dure, il se livre à la débauche la plus crapuleuse.

Le vagabondage de l'inverti moral diffère donc par sa modalité du vagabondage constitutionnel primitif, il en diffère aussi dans son POURQUOI. Comme lui, il a toujours pour base l'instabilité qui a même, d'une manière générale, une intensité plus grande dans l'inversion morale ; mais ce ne sont plus les mêmes besoins qui l'actionnent. Dans l'inversion morale, ces besoins sont représentés par la riche floraison des passions mauvaises

(1) *Les invalides moraux*. Paris, Masson, 1910, p. 73.

et des appétences diverses, dont l'observation d'Elisa est un type et qui a fait donner aux individus de cet ordre les noms de fous moraux et de criminels nés.

Avec le vagabondage dans l'inversion morale, nous entrons donc dans l'étude du vagabondage de ces gens sans aveu qui infectent nos villes et qui, comme les vagabonds qui errent à travers nos campagnes, peuvent être — la preuve en est dans les observations qui précèdent — des anormaux, des individus pathologiques.

Je voudrais pouvoir étudier de plus près ces vagabonds pathologiques des villes, les observations me manquent pour cela.

Cependant, à côté des invertis moraux, des fous moraux, de ces êtres qui, en même temps qu'amoraux, sont immoraux, je vois un autre groupe de tarés qui volontiers se mêlent à eux comme vagabonds ; ce sont les amoraux simples. Ces individus, atrophiés moralement, sont à la merci de qui veut s'emparer d'eux ; suivant les milieux où ils se trouvent, suivant les individus qui les dirigent, ils se conduisent en honnête homme ou en chenapan. Tel est le cas d'un d'entre eux que j'ai pu observer et qui, lorsqu'il était en liberté, faisait, avec Joseph P..., partie des bandes d'apaches dont les exploits s'étendent plus particulièrement à Montpellier, Nîmes et leurs environs.

Obs. V. — Baptistin B... a aujourd'hui dix-huit ans. Il est fils d'un père alcoolique et d'une mère névropathe ; un de ses frères est épileptique, l'autre est bègue. Faute de renseignements, nous ne pouvons savoir exactement la façon dont se fit son développement intellectuel et moral ; nous savons seulement qu'il fréquenta peu l'école et que, de bonne heure, il se livra à la mendicité et au vol. A seize ans, il fut condamné pour ce dernier délit à un an de prison, et quelque temps après sa sortie, il encourut une nouvelle condamnation à trois mois de la même peine pour un méfait analogue. Puis,

une troisième fois et pour la même raison, il fut envoyé à la colonie pénitentiaire d'Aniane où il simula la folie, ce qui lui valut d'être admis à l'asile. Là, sa simulation fut découverte, et c'est alors que nous pûmes l'observer.

Intellectuellement, cet homme est atteint d'une débilité qui touche à l'imbécillité ; il peut acquérir et a pu, incorrectement il est vrai, apprendre à lire et à écrire. Il est capable d'écrire une lettre, d'y demander ce qu'il désire. Pendant quelque temps, on l'occupa à l'atelier de menuiserie, où il montra qu'il était susceptible de rendre des services, sans cependant qu'on pût espérer faire de lui un ouvrier de quelque valeur. Mais là où son intelligence est surtout caduque, c'est dans le raisonnement et le jugement. A cet égard, il n'est pas supérieur à un enfant de six à sept ans.

Moralement, sa conscience semble vibrer ; il a, nous affirme-t-il, des remords, quand il a commis quelque mauvaise action. Quand on lui demande de préciser, il montre sa poitrine et nous dit qu'il sent quelque chose « remuer là dedans ». Mais ces remords sont superficiels, et il est certain que Baptistin n'a pas une conscience nette de la valeur morale des actes délictueux ou autres qu'il commet. Ses sentiments affectifs, de même que sa conscience, vibrent peu ; il ne témoigne aucune affection à ses parents qui viennent le voir.

Ainsi diminué au point de vue moral et intellectuel, Baptistin est absolument sans volonté. Il se laisse diriger par autrui et marche indifféremment vers le mal ou vers le bien, suivant qu'on le pousse vers l'un ou vers l'autre. Son histoire à l'asile met en évidence cette caducité de la volonté. Nous étant demandé si, par le travail et une bonne direction morale, nous ne pourrions pas le relever et refaire de lui un honnête homme, nous l'avions placé à l'atelier de menuiserie. Il s'y occupait avec goût et se montrait docile, discipliné et disciplinable. Il nous remerciait de ce que nous faisions pour lui, et il nous semblait qu'une amélioration réelle s'était produite dans son état, lorsque entra dans le service un amoral et immoral pathologique. Ce nouveau venu connaissait Baptistin de longue date, il eut vite fait de renouer connaissance avec lui et de détruire

ce que nous avions cru édifier. Il suggéra à cet aboulique de s'évader avec lui et d'aller ensuite commettre un vol aux environs de Nîmes ; notre homme l'écouta. Cet épisode du séjour à l'asile de Baptistin est l'histoire de toute sa vie. S'il a volé autrefois, c'est que d'autres l'y ont poussé. En particulier, un individu, beaucoup plus âgé que lui, en avait fait, peut-on dire, son homme lige ; le dominant par la terreur et, au besoin, par les coups, il l'obligeait à lui servir de complice et le mettait souvent en avant pour se dissimuler derrière lui. S'il a simulé la folie, c'est aussi sous l'influence d'une suggestion analogue. A la colonie pénitentiaire, quelques-uns de ses compagnons l'ont endoctriné, lui ont conseillé la simulation et lui ont même rédigé une sorte de manuel du bon simulateur.

Jamais, pendant le temps où nous avons observé Baptistin, nous n'avons constaté chez lui de passions ou d'appétences particulières.

Toutefois, il faudrait se garder de croire que les invertis moraux n'infectent, comme vagabonds, que les villes : il en est qui parcourent les campagnes. Tel Vacher, de sinistre mémoire, qui assassine des enfants et des femmes pour satisfaire ses passions lubriques, et qui, par ses déplacements rapides à travers la campagne, s'est mis, pendant longtemps, hors de l'atteinte des gendarmes.

B. — Vagabondage dans l'instabilité et le déséquilibre. — Nous avons vu l'instabilité être à la base de tout vagabondage. Cette constance indique, mieux que tout, son importance dans la pathogénie de celui-ci. Dans certains cas, son rôle est prépondérant. Elle imprime alors au vagabondage des allures qui veulent être mises en relief. Quand je réunis et étudie les observations dans lesquelles il en est ainsi, je les vois se subdiviser en trois groupes principaux :

Dans le premier, l'instabilité est seule en cause ; c'est le groupe des instables moteurs ;

Dans le second, l'instabilité, tout en jouant encore le rôle prépondérant dans l'étiologie du vagabondage, s'associe à d'autres éléments, ceux qu'on rencontre dans l'inversion morale, et fait des individus ainsi tarés des déséquilibrés ;

Dans le troisième, l'instabilité a dépassé la limite qui sépare la raison de la folie et est devenue délirante, c'est le groupe des déséquilibrés maniaques.

Les instables moteurs — Lorsque j'examine les enfants de nos écoles, j'en trouve certains que leurs maîtres me désignent comme étant des mobiles. Ils ne peuvent rester debout sans remuer incessamment leurs bras et leurs jambes ; assis, ils se lèvent à chaque instant et saisissent le moindre prétexte pour se déplacer. Parfois, leur attention est aussi mobile que leur système moteur ; d'autres fois, la mobilité musculaire existe seule.

Souvent, l'âge ne fait pas disparaître cette mobilité, et on retrouve dans nos services hospitaliers des adultes qui sont toujours en mouvement, vont de l'un à l'autre, mus par une véritable impatience musculaire, et qui, livrés à eux-mêmes, sans faire de fugues, trouvent leur plaisir dans les courses, les bals, les voyages. T..., dont nous avons rapporté l'observation ailleurs (1), est un type de ce genre, en même temps qu'elle est une instable intellectuelle et morale.

Parfois, cette impatience musculaire, ce besoin de mouvement, deviennent tels qu'ils entraînent l'individu à des fugues. C'est le cas de Céline, dont je résume l'observation d'après Géhin (2) :

Obs. VI. — Céline est âgée de treize ans. De huit

(1) Mairet et Euzière. *Les invalides moraux*, Paris, Masson, éd., 1910.

(2) Géhin. *Loc. cit.* Obs. XX. p. 78-83.

ans à onze ans, elle a eu la nuit des crises de somnambulisme qui ont disparu. En dehors de ces crises, elle s'est bien développée intellectuellement et n'a présenté aucun phénomène nerveux. Elle a commencé à faire des fugues conscientes dans les rues de Bordeaux, qu'elle habite, et dans les environs. Ainsi, un jour qu'elle était sortie avec sa mère, celle-ci la laisse un instant seule sur les allées de Tourny, en lui recommandant de l'attendre ; mais, à son retour, elle ne retrouve plus sa fille. Partie de Tourny, « vers 8 heures du matin, elle traverse la place Gambetta, descend le cours d'Albret, puis le cours Champion. Ensuite, passant devant la manufacture de tabacs, elle gagne la route de Bayonne et arrive à Talma même vers 6 heures du soir. Elle s'arrête, sur le cours Gambetta, devant un débit dont la patronne, par pitié, lui donne à manger et la fait coucher ». On la reconduit chez ses parents.

Les autres fugues ressemblent plus ou moins à celle que je viens de relater, et toutes sont provoquées, non par le désir de voir les endroits par lesquels elle passe, mais par un besoin instinctif de marcher en avant et de vagabonder. Enfermée pour ce fait au couvent de la Miséricorde, elle s'y montre gentille, mais d'une instabilité motrice extrême. Elle apprend à coudre ; mais, au lieu de rester assise comme ses camarades, elle trouve le moyen de courir de l'une à l'autre, pour demander soit du fil, soit un renseignement quelconque, dont elle n'a nullement besoin. On voit qu'elle le fait pour pouvoir remuer, s'agiter, marcher. Pendant les récréations, elle n'est pas une minute tranquille. Elle parcourt le jardin en tous sens et le traverse trente fois pendant que ses petites amies restent à jouer. Bref, elle sent le besoin de marcher, et, chaque fois qu'elle peut le satisfaire, elle n'en manque pas l'occasion.

L'observation de Céline dépeint si bien les individus que j'étudie en ce moment sous le nom d'instables moteurs que toute autre considération à leur sujet me paraît inutile. Ce sont des individus, surtout des enfants, chez lesquels le besoin de mouvement est, pour ainsi dire, de tous les instants, mais qui, comme tout besoin,

s'exacerbe à certains moments, d'où des fugues parfaitement conscientes, ayant pour but de lui donner satisfaction.

Les déséquilibrés. — L'instabilité de Céline se limite, pour ainsi dire, au système moteur ; ordinairement, il n'en est pas ainsi, cette instabilité atteint en même temps l'intelligence et la sensibilité ; on trouvera une observation de cet ordre dans notre travail sur les invalides moraux, c'est celle de Ter... (1). Cette instabilité, en s'étendant ainsi à l'être psychique tout entier, fait, des individus qui en sont atteints, des mal pondérés chez lesquels le fonctionnement des facultés de contrôle laisse à désirer, d'où une tendance au réflexe, de sorte que l'instable devient ainsi le jouet des impressions du moment. Suivant les cas, l'instabilité porte plutôt sur telle ou telle partie du système nerveux dont nous venons de parler, d'où des instables à prédominance intellectuelle, sentante, motrice.

Mais, dans la très grande majorité des cas, l'instabilité n'existe pas seule, elle s'associe à des perversions morales (degré plus ou moins marqué d'inversion, passions bonnes ou mauvaises, hyperesthésiées ou perverties), et volontiers aussi l'instable devient le jouet de ces perversions, ce qui fait de lui un déséquilibré. Or, parmi les appétences qui peuvent agir sur la volonté du déséquilibré et l'entraîner, est celle des déplacements, et il devient ainsi, à certains moments, un véritable vagabond. C'est le cas de S... dont l'observation est rapportée par Legrain (2). La vie de cet homme, pour me servir des expressions de notre confrère, « est une succession d'actes bizarres, déraisonnables, mélange de bassesses et de grands sentiments, d'actes inspirés

(1) Mairet et Euzière. *Loco citato*, p. 47.
(2) Legrain. *Du délire chez les dégénérés.* Paris, 1886, obs. VI, p. 52 et seq.

tantôt par les plus mauvais instincts, tantôt par la plus pure morale, mélange d'actes qui le rendent méprisable et le conduisent à la prison et d'actes qui le rendent intéressant et digne de pitié ».

Obs. VII. — S... est un homme de trente-cinq ans, sur lequel pèse une hérédité convergente. D'une intelligence au-dessus de la moyenne et d'une grande puissance d'assimilation, il révèle, dès l'âge de cinq ans, un état psychique particulier. Il est prodigue et vole, non pas pour profiter lui-même de ses larcins, mais pour les distribuer soit à des camarades, soit à des pauvres ; d'une grande dévotion, il va se confesser à la moindre peccadille et communie tous les matins. A l'âge de treize ans, il a un accès d'aliénation mentale qui guérit sans toucher son intelligence ; mais, à partir de ce moment, le déséquilibre est complet et sa vie n'est plus qu'une succession d'actes bizarres, déraisonnables, mélange de bassesses et de grands sentiments, d'actes inspirés tantôt par les plus mauvais instincts, tantôt par la plus pure morale, mélange d'actes qui le rendent méprisable et le conduisent à la prison, et d'actes qui le rendent intéressant et digne de pitié.

Ses études terminées, S... est placé à la préfecture de Vannes, il est toujours poussé à l'insoumission et, à dix-huit ans, il s'engage. Pendant dix-huit mois, il est relativement tranquille, mais alors il noue des relations avec une fille pour laquelle il veut déserter. Son père lui paie un remplaçant et il revient auprès de lui, à Vannes, où il travaille à ses côtés et cultive la poésie avec un certain succès.

Trois mois après, en 1870, il s'engage pendant la durée de la guerre : celle-ci terminée, il collabore au journal *Le Phare de la Loire* et publie quelques articles humoristiques.

En 1871, il contracte un nouvel engagement dans la marine et veut suivre les cours de l'Ecole de médecine de Brest ; l'autorisation lui en est refusée ; de dépit, il se livre à la débauche et, à un moment donné, il vend son équipement militaire pour satisfaire aux exigences de sa maîtresse. Il est condamné à un an de prison ;

après ce temps, envoyé dans les compagnies de discipline, il y passe son existence presque tout entière dans les silos, à cause de son insoumission. Libre, il collabore à un journal d'Alger, commet quelques fredaines, s'amourache d'une jeune fille qui ne veut pas se donner à lui; il fait alors les démarches nécessaires pour l'épouser; il ne voyait, dit-il, que ce moyen d'obtenir les faveurs de celle qu'il désirait.

Rappelé par son père, il rentre à Vannes et mène jusqu'en 1877 une vie aventureuse. Il éprouve le besoin de remuer, reste très peu de temps dans les mêmes endroits, fait constamment la navette entre Vannes et Marseille, s'arrêtant dans certaines villes où il fonde des journaux, qu'il abandonne aussitôt avec les actionnaires. Lassé enfin de cette existence, il revient chez son père, annihilé complètement par les souffrances éprouvées; il travaille avec ardeur, étudiant un peu toutes sortes de questions, n'approfondissant rien et prenant à la hâte des notions superficielles sur tout.

A vingt-sept ans, il se marie avec une jeune fille de quinze ans et demi. Le mariage le retrempe, il ne veut vivre que pour sa femme, et quand il lui vient un fils, il rompt avec toutes ses anciennes relations. Malheureusement, il s'aperçoit que sa femme le trompe, il la quitte alors, s'embarque pour l'Amérique, perd tout son argent au jeu pendant la traversée et, repris par son humeur vagabonde, il parcourt le Venezuela dans tous les sens, pousse jusqu'à l'Orénoque, vivant au milieu des tribus sauvages et faisant des orgies de boissons et de femmes quand il rentre dans les villes. Surpris par la fièvre, il revient en France et, ne pouvant décider sa femme à reprendre la vie commune, il retourne à Paris, se fait condamner à vingt jours de prison pour insultes à un commissaire de police. A l'expiration de sa peine, il souffléte un garde de Paris à la suite d'une discussion et se fait de nouveau condamner à un mois de prison.

Dégoûté de tout, il se met au travail, vivant au jour le jour, dépensant au fur et à mesure ce qu'il gagne, donnant ce qu'il ne dépense pas. Il a besoin de donner; souvent il lui est arrivé de se coucher le soir sans avoir dépensé tout ce qu'il possédait, il ne dormait plus alors,

dit-il, cherchait les moyens de se débarrasser au plus vite de ce qui semblait le gêner; au jour naissant, il partait et ne se sentait satisfait qu'après avoir jeté au vent son dernier sou. Il se rendait au camp et faisait distribuer pendant une demi-heure des aliments aux indigents, il se tenait à l'écart pour jouir du spectacle. Une autre fois, il faisait entrer vingt personnes dans une baraque de foire et payait les places, ou bien il mettait à sac une boutique de pâtisserie au profit des pauvres. Il lui arrivait également de donner 500 francs pour qu'on nourrît les pauvres pendant plusieurs jours et il présidait les repas.

Son père meurt, il réalise alors 25.000 francs, dont il met de côté 18.000 pour son enfant, part pour Paris; là, il donne 100 francs de pourboire, casse les tables dans les cafés. Epouvanté de la voie dans laquelle il se lance, il veut en finir avec la vie et avale une fiole de laudanum : secouru en temps opportun, il guérit.

Il part alors pour le Havre à pied, revient du Havre à Rouen de la même façon, se dirige ensuite, à pied toujours, sur Bruxelles, est arrêté et condamné à un mois de prison pour vagabondage. Il revient à Paris, volé son patron et, poursuivi par le remords, il va lui-même se livrer au commissaire de police de Versailles.

Pendant ses accès de vagabondage dont l'un va jusqu'à lui faire parcourir le Venezuela dans tous les sens, S... peut être considéré comme un aventurier. Volontiers, en effet, les aventuriers se recrutent parmi les déséquilibrés. Ce sont des déséquilibrés psycho-moteurs. L'observation suivante, que j'emprunte à Legrand du Saulle (1) confirme mon affirmation.

Obs. VIII. — Vers 1830, un membre de l'Académie française se jeta dans la Seine, du haut du pont des Arts, à peu près sans motifs. Il laissa un fils, né le 17 mai 1818, et c'est de lui dont il va être question.

---

(1) Legrand du Saulle. Soc. méd. psych., séance du 27 mars 1876. In *Ann. méd. psych.*, 1876, t. XV, p. 450-457.

A peine âgé de douze ans, A... était déjà bizarre, ingouvernable et très difficile à fixer. Plus il grandit et plus il causa d'inquiétude et de chagrin à sa mère. Paresseux, mais ayant pour les sciences des aptitudes que l'on trouvait remarquables, il fut admis à l'Ecole navale et partit pour Brest. On le savait avide de l'inconnu et amoureux du danger et l'on prédit au futur marin les plus hautes destinées. Mais, chassé de l'école pour insubordination, esprit de rebellion et propagande de révolte contre l'autorité, il revint à Paris, étudia le théâtre, essaya de jouer la comédie dans les salons, monta des représentations à domicile, disposa au besoin, pour cet objet, des tapisseries et des meubles de sa mère, passa son temps à apprendre et à faire répéter des rôles, puis s'affilia à des troupes de spectacles forains et de petits théâtres de la banlieue.

Placé au ministère de l'Instruction publique, il s'y montra employé inexact, indocile, fantaisiste, versatile, dépourvu de sens moral, d'une désinvolture choquante, d'un esprit faux et d'une insociabilité absolue. Il n'y rendit aucun service, fut toujours conservé néanmoins, continua de faire des fugues en province, à la remorque de quelques acteurs et actrices de bas étage, dépensant beaucoup plus que ses revenus et entraîné dans toutes les aventures et tous les écarts de la vie la plus nomade, la plus irrégulière et la plus indigne de son nom et de sa famille.

En 1850, âgé alors de trente-deux ans, il prit tout à coup congé des siens et du ministère de l'Instruction publique et partit brusquement pour la Californie. Là, il tenta différents métiers, ne réussit dans aucun, et cessa d'écrire en France. Au bout d'un certain nombre d'années, sa famille finit par apprendre qu'il avait été ordonné prêtre en 1855, qu'il avait déjà occupé plusieurs cures en Californie, qu'il jouissait d'une très haute considération, qu'il exerçait une sorte de suprématie ecclésiastique et administrative dans le pays qu'il habitait et qu'il allait certainement être appelé à l'évêché de San-Francisco. Il recommença à écrire en France vers 1870, et, chaque fois, il exigea des envois d'argent. On lui envoya de la sorte plus de 20.000 francs en deux ou trois fois. En 1875, on lui annonça qu'il venait de faire

un héritage. Il répondit aussitôt qu'il était très heureux de pouvoir quittter l'Amérique et il ne tarda pas à arriver à Paris, accompagné d'une femme jeune, à la mise excentrique et aux allures suspectes. L'un de ses parents, médecin distingué à Paris, obtint le retour de la voyageuse à San-Francisco, puis fut frappé des inconséquences et des étrangetés de A..., qui, le matin, passait deux heures dans une église où il avait été admis comme prêtre habitué et, le soir, se rendait à l'Opéra, dans des petits théâtres lyriques, assez mal fréquentés, ou dans des cafés-concerts, avec un costume demi-laïque et demi-ecclésiastique.

J'ai démontré ailleurs que le déséquilibre dont je viens de donner des exemples, peut passer insensiblement à l'exaltation maniaque et constituer alors une véritable aliénation mentale, celle que les auteurs désignent sous le nom de manie raisonnante, de folie des actes, de folie du caractère et que j'ai proposé d'appeler le *déséquilibre maniaque*. Sous cette dernière forme, le déséquilibre peut s'accompagner de vagabondage provoqué et entretenu par des idées délirantes diverses : mysticisme, idées de grandeur, etc. Mais, ici, nous entrons dans le domaine de l'aliénation mentale et je veux me borner à l'étude du vagabondage non délirant.

(*A suivre.*)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

LA FOLIE DANS LA RACE NOIRE

Par le Dr FRANCO DA ROCHA

Médecin en chef
de l'hôpital de Juquery, État de Saint-Paul (Brésil).

Nous avons écrit, il y a bientôt douze ans, un article sur les manifestations psychopathiques dans la race noire et nous l'avons publié dans la revue : *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie* (Berlin, 1898). Mais à cette époque nous n'avions à notre disposition que 89 malades (1).

Depuis lors, nous avons continué à noter les observations des aliénés recueillis à l'hôpital de Juquery (État de Saint-Paul), et nous en séparons aujourd'hui 285 sur la race noire qui vont nous fournir le sujet de cet article.

Les faits capitaux signalés dans notre article d'il y a douze ans, restent debout encore, quoique avec quelques modifications, sur lesquelles nous aurons l'occasion d'appeler l'attention dans le courant de ce travail.

Les nègres actuellement existant au Brésil, élevés sous l'influence du milieu social catholique romain, ont déjà reçu un léger vernis de christianisme sur le solide fétichisme qu'ils tiennent de leurs ascendants très voisins, les Africains.

(1) Voir l'analyse de ce travail dans les *Annales médico-psychologiques*, numéro de janvier-février 1899, page 17.

Il y a vingt-deux ans que l'esclavage a été aboli au Brésil, mais ses effets durent encore sur la mentalité de la race noire ; il est trop tôt encore pour que les conséquences de la condition d'esclave s'éteignent tout à fait.

Jusqu'à présent, l'état rudimentaire de la mentalité dans cette race n'a rien gagné ; il se maintient encore fort bas, comparé à celui des races blanches existant ici. On doit remarquer que nous ne nous rapportons qu'à la moyenne de la race noire comparée à la moyenne de la race blanche; nous laissons complètement de côté les exceptions individuelles. Il ne s'agit pas non plus ici de savoir si le nègre est ou deviendra l'égal du blanc sous l'influence de la culture et de l'évolution. Cette question, qui passionne si profondément les Américains du Nord, a donné lieu tout récemment à un formidable libelle contre le nègre : le livre *The Color Line*, de W. Smith, en parfait accord, d'ailleurs, avec le naturaliste T. Huxley (Lay Sermons-Black and White).

Cette question, disions-nous tout à l'heure, pourrait nous intéresser sous un autre point de vue, mais qui nous mènerait trop loin et hors du terrain de la psychiatrie.

Les aspirations évidemment limitées, conséquence de l'infériorité psychique et du manque de culture, se manifestent jusqu'à un certain point dans les maladies mentales. Ces aspirations, se conservant encore à un niveau social très bas chez les nègres, ne les poussent pas à la lutte pour la vie d'une façon très intense ; et quand cela a lieu, les obstacles rencontrés dans cette lutte sont rarement la cause directe de la faillite mentale. Quand ce fait se produit, la folie observée chez eux peut présenter certaines particularités qui en sont originaires. C'est ce que nous pensons avoir trouvé quant à la démence paralytique, très rare chez les noirs, quoique l'alcoolisme et la syphilis ne le soient pas. Krafft-Ebing

dirait : « Il y a chez eux de la syphilisation, mais il manque la civilisation. »

Des observations que nous avons sous les yeux, un fait se détache immédiatement : le nombre des déments du sexe féminin est supérieur à celui du sexe masculin. C'est le contraire que l'on observe chez les blancs.

Il n'y a rien d'étrange à cela. La femme blanche est moins exposée que l'homme aux contingences de la vie ; son existence est moins tourmentée que celle de l'homme dans notre milieu social. C'est ce qui n'arrive pas pour la femme noire ; celle-ci s'expose non seulement aux travaux comme aux écarts de régime et à des extravagances de toute espèce. L'alcoolisme, par exemple, est plus fréquent chez la négresse que chez le nègre (du moins dans mes 285 observations) ; chez les blancs, au contraire, ce dernier est plus fréquent chez l'homme.

Nous allons passer en revue les diverses formes de folie observées chez ces 285 nègres, tout en commentant au passage les faits qui, par hasard, peuvent mériter quelque remarque.

Folie périodique. — 41 femmes et 38 hommes. Ici se trouvent réunis tous les malades atteints de manie et de dépression mélancolique ; soit qu'il y ait prédominance de la manie, soit qu'ils soient des mélancoliques ou des malades de forme mixte.

Pour ceux qui suivent la classification de Kraepelin, nous dirons que dans ce groupe se trouvent tous les cas de folie maniaque dépressive. En effet, nous n'avons observé parmi eux aucun malade de manie simple qui fût sorti guéri et ne fût plus revenu.

Le pourcentage de ce type de psychose est très fort : 30,5 p. 100. Cela est d'accord avec les observations recueillies dans d'autres études ; ce n'est pas une nouveauté.

Mélancolie anxieuse. — 4 hommes et 1 femme. Il n'y a rien à dire, ni qui soit digne de remarque.

Démence précoce. — 32 femmes et 27 hommes. Dans ce groupe prédominent les formes paranoïde et hébéphrénique ; le type catatonique est bien plus rare.

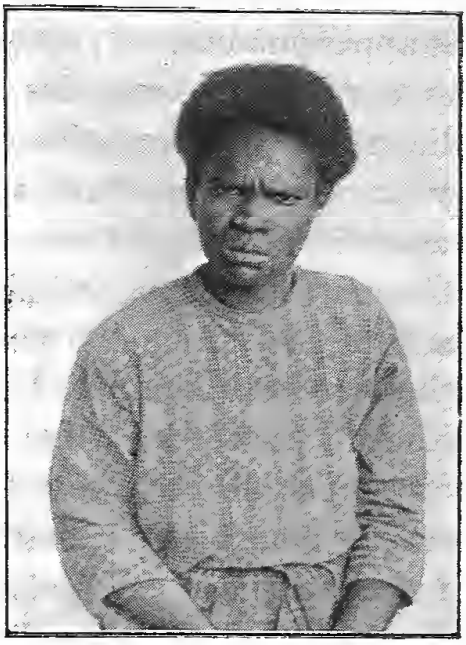
Fréquemment l'on observe la démence paranoïde précédée d'une phase d'excitation avec tous les caractéristiques de la manie; d'autres fois, plus rarement, c'est une phase mélancolique qui marque le début sensible de la maladie. Les symptômes de cette phase aiguë vont en diminuant jusqu'à disparaître tout à fait ; le malade devient calme et la folie ne se manifeste alors que par un délire systématisé à base hallucinatoire, mais déjà avec des signes de faiblesse d'esprit. C'est ce qu'on appelait autrefois la paranoïa secondaire. La dénomination de démence paranoïde est très suggestive et appropriée à de tels cas.

Le *délire systématisé progressif* du type Magnan est très rare.

Voici, en résumé, comme exemple, une observation de démence paranoïde.

M. E..., vingt-deux ans, célibataire, couturière. Pas de renseignements anamnestiques. Elle est entrée à l'hôpital en état d'agitation émotive, parlant beaucoup comme si elle répondait à des hallucinations auditives qui la tourmentaient. Elle récriminait et insultait des personnes invisibles, dormait peu et s'alimentait régulièrement. Interrogée, elle répondait avec une apparence de calme, et ses réponses dénotaient une attention, une mémoire et une perception normales ; orientation exacte de temps et de lieu, mais un commencement d'idées fausses sur sa personnalité : « Elle était mariée, disait-elle, elle avait des enfants, un mari, une situation dans le monde et même de la fortune. » Tout cela était faux. Au bout de quelques mois, elle entra dans une période de calme ; elle cousait bien et gagnait de cette façon quelque argent, quoique peu. Ses idées, cependant, se fixèrent dans un système délirant dans lequel la désintégration intellectuelle était manifeste. La logique et le

raisonnement s'affaiblirent au point d'affirmer qu'elle sortait tous les ans pendant six mois pour donner des leçons d'allemand et d'anglais à l'Ecole normale de Saint-Paul ; que son mari était docteur et directeur de ladite Ecole ; que ses enfants étaient tous professeurs, savants, etc., et elle continuait à coudre sans interruption pour les gardes qui lui payaient très mo-



M. E..., sujet de l'observation de démence paranoïde.

diquement ses services. Elle se trouve jusqu'à présent dans cet état, huit ans après son entrée à l'hôpital.

La santé générale est excellente. L'oblitération intellectuelle continue à se produire lentement ; sa vie se passe dans un monde créé entièrement par son délire, un monde subjectif.

Cette malade sait lire et écrire. D'autres sont beaucoup plus ignorants. Chez eux, le système délirant est plus rudimentaire, il tourne dans un cercle plus étroit et d'idées futiles ; la démence s'établit plus rapidement.

Sous le titre *Syndrome paranoïde*, nous avons réuni 8 cas (6 hommes et 2 femmes) de délire systématisé des dégénérés, de la classification de Magnan. Ce sont des

délires nous menant facilement à des erreurs, parce qu'ils ont tous les caractères de la démence paranoïde, mais ils disparaissent au bout de quelques mois ; ce délire ne mène pas le malade à la démence. Ce sont des dégénérés qui, sous l'influence de causes diverses (intoxications, émotions, fatigue, infections, etc.), entrent en délire mais reviennent à l'état d'équilibre mental, au moins apparemment.

Pourrait-on les considérer comme des cas de transition entre la folie maniaque-dépressive et la démence paranoïde ? Il y aura peut-être un spécialiste qui voudra ainsi les classifier.

Le *délire systématisé d'interprétation*, la véritable paranoïa, est d'une rareté extrême. Nous ne comptons que deux cas (1 homme et 1 femme). Pourquoi? Nous en ignorons le motif; la dégénération est fréquente cependant, et rien ne justifie cette rareté. Nous interprétons le fait par les conditions sociales du nègre. Il doit y avoir parmi eux un bien plus grand nombre de paranoïaques, mais qui ne sont pas recueillis à l'hôpital. Les conséquences de leur état mental défectueux se limitent à leur propre personnalité ; comme ils ne sont pas dangereux pour la société, personne n'y fait attention ; ils sont des sujets de plaisanterie et d'amusement pour ceux qui les connaissent. Si l'un ou l'autre entre en conflit avec la loi, il est arrêté et condamné, et ce n'est que lorsque la maladie est par trop évidente qu'on l'envoie à l'hôpital. C'est le cas d'un soldat que nous avons observé et qui figure dans la statistique.

Cette interprétation nous paraît plus plausible, que de rechercher des arguments et des subtilités d'ordre psychologique pour expliquer le petit nombre de cas de cette forme de folie dans la statistique que nous sommes en train d'analyser.

Épilepsie. — C'est une maladie très fréquente chez

les nègres. Nous en avons 33 cas (15 hommes et 18 femmes).

Ici les conflits avec la loi provoquent l'intervention de l'autorité, et comme les crimes (presque toujours d'une certaine gravité) exigent des enquêtes plus rigoureuses, la nature morbide de l'acte est mise en évidence.

La plupart de ceux qui se trouvent ici, à l'hôpital, sont des criminels ; les autres, s'ils n'ont pas eu le temps de commettre des crimes, n'en sont pas moins dangereux et semblables aux précédents en face de la société.

En dehors de l'hôpital, il y a beaucoup d'épileptiques dont le mal se limite à l'attaque sans les phases crépusculaires dangereuses. En outre, ceux qui habitent dans l'intérieur de l'État, se trouvant très loin de l'unique asile existant, restent dans ces confins et meurent sans traitement. On ne les amène pas à l'hospice, car le voyage est très pénible, pour arriver à la capitale et de là à l'asile. Nous connaissons divers épileptiques dans ces conditions et dont quelques-uns sont morts d'accidents : noyés ou brûlés.

Toutes les formes d'épilepsie ont été observées dans les 33 cas cités plus haut : le haut-mal, le vertige et les accès de délire hallucinatoire passager ou état crépusculaire.

Alcoolisme. — Nous plaçons exprès l'alcoolisme à la suite de l'épilepsie afin d'appeler l'attention sur les relations qui doivent exister entre ces deux groupes. Nous en avons 29 cas (13 hommes et 16 femmes). L'abus de l'alcool a toujours existé chez les nègres, principalement depuis l'abolition de l'esclavage.

Le régime de la liberté leur a donné le droit permanent à cette jouissance, pour laquelle ils avaient déjà un penchant très accentué, comme c'est, d'ailleurs, la règle pour toutes les races : inférieures ou supérieures.

Notre indigène, par exemple, qui appartient à une

race inférieure, a l'amour immodéré pour les boissons fermentées, de la même façon que l'Allemand pour la bière ou l'Ecossais pour le whisky.

Evidemment cet abus de l'alcool doit avoir été l'un des éléments fauteurs du grand nombre d'épileptiques chez les nègres.

Les 13 hommes et les 19 femmes échoués à l'hôpital pour cause d'alcoolisme ne sont que ceux qui sont devenus aliénés par abus excessif de boisson. Un grand nombre d'alcooliques ne figurent pas sous ce titre, parce que l'alcool a produit chez eux d'autres formes de maladie. Dans le groupe de la démence sénile, de la démence paralytique, des lésions cérébrales en foyer, il y a beaucoup de cas où l'alcool a été l'agent irritant initial. Dans le groupe même des épileptiques, nous avons des patients dont l'attaque n'apparaît que sous l'influence du toxique.

Les patients inclus dans ce groupe, ne sont que ceux qui présentent des phénomènes aigus ou chroniques d'alcoolisme pur : on n'a pas trouvé chez eux d'autres formes de psychose.

Démence paralytique. — Je n'appartiens pas au nombre de ceux qui croient à l'origine exclusivement syphilitique de la paralysie générale ; j'ai rencontré des cas où cette étiologie n'est pas admissible et, dans mon opinion, il suffit d'un cas dûment constaté, pour invalider la doctrine. Les nègres sont sujets à l'alcoolisme et à la syphilis ; la paralysie générale, cependant, est chez eux d'une extrême rareté. Notre statistique fournit à peine 4 hommes et une femme.

Pour la négresse qui figure dans la statistique, la syphilis a été évidemment la cause.

Les symptômes ne présentent pas de particularités qui frappent l'attention ; le cadre morbide est le même que celui observé chez les blancs.

Démence sénile et par lésions en foyer. — Dans ce groupe se trouvent 12 hommes et 16 femmes.

La démence sénile est plus fréquente que celle par lésions en foyer. Ces dernières sont toutes d'origine syphilitique.

Il n'y a pas non plus, dans ces cas, aucun fait spécial à mentionner.

Imbécillité. — 7 hommes et 20 femmes. L'état mental des nègres ignorants était autrefois très proche de l'imbécillité. Actuellement, un grand nombre de noirs reçoivent une certaine éducation, de façon que l'on peut parfaitement distinguer ceux qui ont la mentalité arriérée par incapacité organique.

Cependant, à l'hospice, ne viennent que ceux qui présentent des signes de dégénérescence par trop évidents. C'est pour cela que nous ne voyons ici que les criminels, les délirants par conséquence aiguë de l'alcool, ainsi que quelques-uns, qui, poussés par la misère et par la faim, pratiquent des actes obligeant la police à les envoyer à l'asile.

Leur incapacité d'adaptation à la société une fois reconnue à l'asile, ils restent dans les colonies agricoles, travaillant et vivant avec plus de confort à leurs propres dépens.

Idiotie. — 1 homme et 4 femmes. Rien de remarquable à mentionner.

Folie morale. — Nous avons trois hommes dans ce groupe. Ce sont des faibles d'esprit ; mais ils présentent, comme phénomène remarquable, le syndrome de folie morale. Il consiste dans la perversité, le désir de faire le mal parce qu'il n'y a que cela qui leur fasse plaisir : c'est la caractéristique de ces créatures. Probablement le plus grand nombre des dégénérés de cette espèce se trouvent dans les prisons et au pénitencier.

Intoxications et toxi-infections. — La statistique ne

fournit qu'un cas de délire aigu et un d'insuffisance de la glande thyroïde. Le premier s'est terminé rapidement par la mort; le second est un imbécile qui fait de la cachexie pachydermique.

Pour terminer cette contribution sans prétentions, nous ferons remarquer que le nombre des guérisons dans ces maladies est minime. Le nombre total de nos observations étant encore très restreint, nous n'osons pas tirer des conclusions ayant l'air d'arrêts irrévocables; nous laissons ce soin à d'autres plus autorisés.

SUR
UNE FORME D'ÉPILEPSIE
CONVULSIVE, PERMANENTE
EN FONCTION DIRECTE DE L'ALCOOLISME CHRONIQUE

L'ÉPILEPSIE ALCOOLIQUE CONSTITUTIONNELLE

Par le Dr SOUTZO (fils), de Bucarest

Sous ce vocable, nous voulons caractériser une forme d'épilepsie convulsivante, rare et peu connue dans le détail, due *exclusivement* à l'alcoolisme chronique. Elle se rencontre si rarement, que, dans notre pays, en Roumanie, où l'alcoolisme est énormément répandu et les psychoses alcooliques en grand nombre, spécialement dans leurs formes chroniques, nous ne l'avons découverte que deux fois seulement sur un nombre de plus de 150 aliénés alcooliques chroniques.

Nous tâcherons d'expliquer ce que nous comprenons sous cette forme, de l'analyser cliniquement, et, ensuite, à l'aide de nos deux observations, d'essayer d'interpréter quelques points de sa pathogénie.

De nos jours, tous les cliniciens sont d'accord pour admettre deux grandes modalités étiologiques en ce qui concerne la corrélation existant entre l'alcoolisme et l'épilepsie.

Premièrement, l'alcoolisme dégage et provoque des

convulsions chez des épileptiques dont le mal se trouvait depuis un certain temps dans une phase de latence, de même qu'il aggrave et complique simultanément les épilepsies légères, atténuées. Secondement, l'alcoolisme agissant d'une façon continuelle sur un organisme alcoolisé, à aptitude spéciale, arrive à faire naître des accidents convulsifs francs, mais d'une durée passagère, accidents en relation immédiate avec l'action de l'alcool ; c'est l'épilepsie vraie, accidentelle, des auteurs ; ou bien encore, et c'est le point qui nous intéresse, l'alcoolisme chronique *à lui seul crée de toute pièce des états épileptiques permanents*, c'est notre forme : *l'épilepsie alcoolique constitutionnelle.*

Pour éclairer ce que nous voulons comprendre par cette forme spéciale, nous devons, en première ligne, mettre au point ce qu'on entend en général par l'épilepsie alcoolique vraie, accidentelle.

Magnus Huss a bien décrit cette forme dans son son grand ouvrage : « Alkoholismus chronicus ». Il reconnaissait deux variétés, convulsive et épileptique. Cependant, les descriptions qu'il en donne ne sont pas des plus claires, car l'épilepsie due exclusivement à l'alcoolisme n'est pas trop différenciée des épilepsies franches, congénitales, compliquées d'alcoolisme ou, encore mieux, de celles aggravées par l'intoxication alcoolique.

Marcé, en France, et, ultérieurement, Magnan surtout, attirèrent l'attention sur l'étiologie de l'épilepsie, pouvant être produite directement par l'alcool. Mais ce dernier auteur invoquait comme cause première et unique des états convulsivants, non tant l'alcool seul, que plutôt et exclusivement les essences toxiques contenues dans les boissons alcooliques, en première ligne l'absinthe. Plus tard, les aliénistes qui entreprirent des recherches minutieuses sur cette question, arrivèrent à

la conclusion que tout genre de boisson alcoolique devient à la longue épileptogène (Nothnagel, Fürstner, Jolly, Ziehen, Kraepelin et d'autres).

Bref, il reste aujourd'hui définitivement établi qu'il existe une épilepsie alcoolique vraie, accidentelle.

Voyons quels sont ses traits cliniques en général.

L'épilepsie alcoolique vraie exige, au préalable, pour son apparition, un terrain invétéré d'alcoolisme chronique. Celui-ci n'est créé qu'à la suite de l'alcoolisation répétée de l'individu, terrain qui demande par conséquent, pour se développer, un certain temps. Et c'est justement, à partir d'un certain âge seulement que les manifestations convulsivantes peuvent apparaître. D'habitude, c'est entre trente-cinq et cinquante ans, tandis que tout accident convulsif survenant à une époque plus avancée n'appartient plus à cette forme d'épilepsie alcoolique. Il s'agit alors plutôt de phénomènes morbides liés à l'artério-sclérose, à des lésions cérébrales grossières ; ce sont des épilepsies sénile, cardio-vasculaire, etc., qui prennent indirectement naissance presque toujours à la suite de l'alcoolisme chronique.

Le terrain spécial de l'alcoolisme chronique se reconnaît à son tour par un ensemble de stigmates somatiques et psychiques particuliers, que nous nous dispenserons d'énumérer, car ils sont assez connus.

Ensuite, à certaine époque, et *seulement à la suite d'alcoolisation aiguë, intense et répétée* — c'est un point d'un intérêt capital pour le diagnostic — on voit apparaître une série de manifestations convulsives et des troubles psychiques qui, dans leur ensemble, ressemblent à celles de l'épilepsie vulgaire. L'attaque s'installe d'une manière brusque et présente plus ou moins deux phases semblables de convulsions. Magnus Huss, Magnan, Echeverria, Bratz, Jolly, sont tous d'accord sur

ce point. Parfois, il existe une aura; mais, le plus souvent, c'est un état d'agitation qui marque le début. Cette agitation prémonitoire est équivalente aux délires paroxystiques communs à l'épilepsie essentielle. A l'attaque succède le stertor ou une nouvelle phase d'agitation et de délire post-paroxystique, enfin l'amnésie et un état d'obtusion profonde.

Donc, comme on le remarque, il n'y a presque aucune distinction à faire entre le cortège des troubles de l'épilepsie vulgaire et celui de cette forme d'épilepsie alcoolique. En outre, il existe de même des attaques de vertiges, des équivalents psychiques, antérieurement des épisodes de delirium tremens, de délire subaigu alcoolique, etc., et même des attaques larvées sur lesquelles insiste particulièrement Legrand du Saulle. Disons en passant que, sur l'existence de ce genre d'attaques, il y aurait quelques sérieuses objections à faire.

Quant à la marche de l'épilepsie alcoolique vraie, elle est des plus caractéristiques. C'est un second point d'une grande valeur par rapport au diagnostic. *L'abstinence* amène, à la longue, la diminution du nombre des attaques et finalement leur complète cessation ; le malade garde tout de même le cachet de l'alcoolisme chronique et les phénomènes épileptiques qui étaient tout simplement transitoires et accidentels disparaissent.

Bref, ce que nous devons retenir comme caractères de première importance dans cette forme d'épilepsie, ce sont : 1° le *début*, alcoolisation préalable intense et répétée ; 2° la marche et l'issue, cessation des attaques à la suite de l'abstinence, et 3°, surtout, le fait que toutes ces manifestations convulsives sont accidentelles, transitoires, grevées épisodiquement sur le terrain de l'alcoolisme chronique (*Sublatâ causâ tollitur effectus*). Nous insistons intentionnellement sur ces trois points cardinaux puisqu'ils nous serviront à distinguer cette

première forme d'épilepsie alcoolique de la seconde, de l'épilepsie alcoolique constitutionnelle, que nous allons maintenant décrire.

L'épilepsie alcoolique constitutionnelle ne possède pas un chapitre spécial dans les traités de pathologie mentale ou dans des travaux propres sur l'alcoolisme. Cependant, il y a des auteurs qui l'ont décrite succinctement sans lui assigner une certaine valeur.

C'est surtout Drouet qui, dans un article publié en 1875 dans les *Annales médico-psychologiques* sur les épilepsies alcooliques, parle d'une façon plus précise de cette forme et lui donne la dénomination d'épilepsie alcoolique constitutionnelle, que nous croyons aussi la plus exacte. Suivant l'auteur français, cette forme d'épilepsie doit être envisagée comme la troisième phase de toute épilepsie qui se manifeste au cours de l'alcoolisme chronique. Il est dans le vrai quand il affirme que, chez l'alcoolique chronique, il s'agit d'une véritable aptitude convulsivante qui, à la longue, devient constitutionnelle ; mais il est dans le faux, suivant nous, quand il veut tout de suite admettre que l'épilepsie alcoolique constitutionnelle est la troisième phase de toute épilepsie alcoolique en général. Enfin Drouet accentue de même la rareté de pareils cas. Sur un nombre de cinquante-huit cas de convulsions alcooliques, il n'en a trouvé que deux qui présentaient cette forme d'épilepsie. Jolly mentionne aussi une forme d'épilepsie habituelle qui ressemble, par la définition qu'il en donne, à celle de Drouet. Il la considère aussi comme une variété de l'épilepsie alcoolique vraie. Enfin Bratz se rallie complètement à la manière de voir de ces auteurs, tandis que seul Redlich, dans un travail plus récent, accentue la différence indispensable à faire entre les deux formes, différence admise aussi par Kraepelin.

Suivant nous, la distinction entre l'épilepsie alcoo-

lique vraie et l'épilepsie alcoolique constitutionnelle doit être faite sans hésitation. C'est la clinique qui plaide, comme nous allons le voir, en notre faveur. Nous admettons tout au plus une transformation de la première forme dans la seconde, mais nullement une continuation entre les deux, ou bien une phase plus avancée de la première (Drouet).

Au point de vue clinique, l'épilepsie alcoolique constitutionnelle présente quelques traits particuliers qui la différencient plus ou moins de la première forme. Dans notre forme, il s'agit moins de phases prémonitoires de délire subaigu, de delirium tremens, de délire pré ou post-paroxystique, d'équivalents avec des états crépusculaires. Il y a des attaques franches, classiques et complètes. Rarement, il existe une aura, le plus souvent le malade tombe brusquement. La phase tonique et du stertor, suivant nos remarques, semble être d'une plus grande durée.

Au point de vue mental, ces épileptiques présentent une manière d'être assez particulier. Ils sont gais, moqueurs, cherchent à faire des plaisanteries, parfois des mauvaises plaisanteries qui fâchent les autres malades. Et puis, comme contraste, ils se révoltent à la suite des causes les plus futiles, s'indignent et parfois deviennent violents et agressifs. Ce sont ces quelques caractères qui impriment une marque spéciale à nos alcooliques épileptiques constitutionnels et qui viennent se surajouter aux signes habituels, propres à la mentalité de l'alcoolique chronique, en général. En outre, chez les épileptiques alcooliques constitutionnels, les signes somatiques se montrent aussi moins accentués ; on ne constate pas de douleurs névritiques, de la sensibilité exagérée de la peau et du foie, des troubles visuels, etc., qui tiennent en première ligne à l'alcoolisation intense préalable.

Plus importantes que tous ces caractères cliniques sont *l'évolution* et la *terminaison* de l'épilepsie alcoolique constitutionnelle. Tandis que dans l'épilepsie alcoolique accidentelle les attaques cessent, comme nous l'avons vu, à la suite de l'abstinence, dans notre forme, au contraire, toute guérison, dans le véritable sens du mot, est exclue. Les attaques convulsives continuent à revenir par intervalles, et, en général, elles ne sont provoquées par aucune cause saisissable. Finalement apparaît un état démentiel qui ne présente d'ailleurs, rien de particulier.

Nous devons, enfin, mentionner l'âge auquel survient cette forme d'épilepsie ; elle demande une époque plus avancée que l'épilepsie alcoolique accidentelle et habituellement, c'est entre quarante-cinq et cinquante-cinq ans qu'on la rencontre le plus souvent.

Sans insister davantage sur d'autres détails de description, tâchons d'illustrer ces quelques données par les trois observations qui suivent. La première concerne un cas d'épilepsie alcoolique vraie et les deux autres, notre forme d'épilepsie alcoolique constitutionnelle. Par leur comparaison, on pourra mieux saisir la distinction profonde qui existe entre les deux formes.

Obs. I. — *Manca I. K...*, quarante-cinq ans, agriculteur, *vigneron*, est amené pour la quatrième fois à l'hospice « Marcoutza ». Hérédité ignorée ; on ne connaît rien sur sa famille.

Le malade n'a souffert d'aucune maladie dans son enfance et n'a pas eu de convulsions. Est un alcoolique frappant, il boit du vin énormément. Marié, il a eu neuf enfants dont cinq sont morts en bas âge et un autre présente des convulsions.

La maladie actuelle date de quatre ans. A la suite d'un état d'*alcoolisation intense* survinrent des attaques qui se produisirent au commencement de chaque jour. Après l'attaque, extrême agitation accompagnée de violences et brutalités envers sa femme, ce qui nécessita son internement.

A l'asile, il devint calme, les attaques se montrèrent de

plus en plus rarement et après quelques semaines elles disparurent. Une fois libéré, après quelques mois de sobriété relative, il s'adonna de nouveau à la boisson, nécessairement les attaques revinrent et de nouveau il dut être interné.

Notre examen nous permet de constater les signes de l'alcoolisme chronique. Parfois très calme, le plus souvent irascible et violent. Il reconnaît lui-même qu'il s'alcoolise et que l'alcool est la cause de ses troubles comitiaux. De temps à autre, il présente à l'asile des vertiges, des équivalents psychiques, du délire confus, incohérent.

Au point de vue somatique, on remarque des tremblements de la langue, sensations douloureuses à la région gastrique, maux de tête, insomnie, etc., etc.

Dans ce cas, il est facile de reconnaître l'épilepsie alcoolique vraie. L'alcoolisme chronique apparaît bien en relief, et l'épilepsie s'aggrave à l'âge habituel, étant en fonction exclusive de l'intoxication alcoolique. De plus, l'alcoolisation probable ne manque pas et de même la guérison provisoire survient dès que le malade est soumis au régime de l'abstinence.

Obs. II. — *Dinca Iv...*, cinquante-cinq ans, homme de peine, est amené à l'hospice en 1902. Il est malade depuis onze ans. Il s'alcoolisait depuis longtemps et sans interruption ; il était devenu irritable, présentait des moments d'agitation et de violences, surtout dans les derniers temps, avant son internement.

Après quatre mois de séjour à l'asile, un matin, le malade eut une attaque complète et assez grave. Au début, ces attaques étaient plus rares, c'est seulement dans ces derniers temps qu'elles devinrent plus fréquentes.

Le malade a le regard spécial de l'alcoolique chronique. Se montre indifférent, égoïste et voire même cynique. C'est à peine s'il nous prête attention et nous donne des réponses avec un air arrogant et plein de méfiance. Il est de même facilement irascible, vocifère et nous invective. Il est d'ailleurs conscient de son état maladif, est très déprimé et manifeste quelques idées hypocondriaques. Ne présente pas d'aura, ni de vertiges ou de délire pré ou post-paroxystiques.

Actuellement, le malade présente un cachet démentiel. Diminution de l'activité, il reste presque continuellement assis sur un banc, ou garde le lit ne s'occupant que de ses nécessités. La mémoire est lacunaire et les connaissances sur ce qui se passe autour de lui sont décolorées.

Il s'agit dans ce cas d'une épilepsie alcoolique constitutionnelle créée de toute pièce par l'alcoolisme chronique. Pas d'alcoolisation préalable, pas de guérison.

Obs. III. — *Dumitru* D..., cinquante-quatre ans, cordonnier, a été interné pour la première fois en 1900, à cause des accès épileptiques qu'il présentait à cette époque. Puis il fut libéré pour revenir définitivement en 1903. Cette fois l'internement a été provoqué non tant à cause des attaques que surtout par suite de sa conduite envers sa femme et ses enfants.

Hérédité inconnue, alcoolisation progressive, syphilis traitée. Attaques après une année de séjour à l'hospice.

Au début de son internement, constatation de quelques symptômes plaidant en faveur de la paralysie générale : inégalité pupillaire, avec réaction difficile à la lumière. En outre, ponction lombaire positive. Peu de temps après, ces phénomènes s'amendèrent. Probablement, il s'agissait d'un processus méningo-cortical en fonction de la syphilis.

Les attaques épileptiques se suivaient par intervalles, elles étaient complètes et nullement précédées ou suivies de troubles psychiques. Parfois le malade se montrait irritable et violent, mais le plus souvent lucide, abordable et avec des tendances aux plaisanteries vis-à-vis de nous et des autres malades. L'évolution de la maladie n'a point démontré qu'on eût à faire à une paralysie générale. Le malade succomba en avril 1905, à la suite de la fracture des os de la base du crâne provoquée par la chute brusque pendant une attaque épileptique.

L'autopsie releva les constatations suivantes : Larges ecchymoses autour des orbites, fracture du rocher, de l'occipital et des ailes moyennes du sphénoïde. Au pôle antérieur de l'hémisphère droit, on remarquait un foyer hémorragique entouré de substance cérébrale ramollie. Adhérences des deux poumons et congestion aux bases. Sur le péricarde, taches ecchymotiques de Tardieu et anciennes plaques de péricardite.

Le foie est énorme et présente une dégénérescence graisseuse intense.

Le rein droit plus volumineux, les deux substances ne se distinguaient pas. La rate normale, et l'estomac était taché de quelques ecchymoses.

Les lésions, au microscope, ne plaidaient nullement en faveur d'une paralysie générale. Quelques lésions banales d'artério-sclérose, légère prolifération névroglique et pigmentation jaune des grandes cellules pyramidales, c'était tout; rien autre chose de remarquable.

Dans ce cas comme dans le précédent, notre forme d'épilepsie alcoolique se montre de nouveau en toute évidence. Attaques par intervalles et mentalité spéciale, qui n'ont cessé qu'avec la mort, celle-ci survenue accidentellement.

Pour être complet sur cette question de l'épilepsie alcoolique constitutionnelle, nous devons dire un mot du problème de sa pathogénie.

En effet, la pathogénie de l'épilepsie alcoolique constitutionnelle, ainsi que celle de toutes les formes convulsivantes de l'alcoolisme chronique, nous semble à nous des plus intéressantes. Malheureusement, nous possédons aujourd'hui sur ce terrain peu de connaissances positives. Néanmoins, nous essayerons d'avancer quelques explications sur ce sujet.

Les recherches sur l'épilepsie vulgaire, se rapportant aux *échanges nutritifs* qui se passent dans l'organisme, ont conduit à formuler différentes hypothèses et théories pour l'explication de la pathogénie et du mécanisme des attaques convulsives.

En premier lieu, c'est la théorie encore nouvelle de l'*auto-intoxication* qui a actuellement le plus de crédit.

L'examen des liquides et des humeurs de l'organisme a permis, comme nous le savons, de déceler différentes substances et produits chimiques dérivés à

la suite d'une multitude de processus liés directement aux échanges nutritifs. Ce sont les travaux de Krainski, Guidi, Donath, Hoffmann et autres, mais surtout ceux de Ceni qui tous exploitent ce terrain. Cependant, malgré leurs efforts, ils ne sont point arrivés à des résultats clairs et définitifs.

En relation avec cette première hypothèse, il en est une seconde, d'actualité et de toute valeur. C'est celle qui se rapporte aux processus des sécrétions internes pour expliquer la pathogénie de quelques maladies. Lévy et Rothschild, ainsi que Parhon et Goldstein, ont montré d'une façon assez convainquante le rôle qui revient à certaines glandes de l'organisme. Suivant eux, il peut en être ainsi pour l'épilepsie ; car une fois qu'il est reconnu que les attaques épileptiques ne sont parfois que l'expression d'une auto-intoxication, la possibilité d'une action effective des sécrétions internes troublées sur la naissance et du moins sur l'évolution de la maladie, surtout des attaques, n'est nullement exclue. Les troubles des sécrétions internes influencent le métabolisme cellulaire et peuvent facilement par cette voie provoquer des phénomènes d'auto-intoxication, des convulsions, ou bien exagérer l'aptitude aux convulsions.

Ce sont ces notions récentes de pathogénie qui semblent plus acceptables pour expliquer en général les manifestations épileptiques.

Voyons comment ces mêmes notions ou bien encore d'autres sont capables d'élucider le gros problème de l'épilepsie dans l'alcoolisme chronique, et surtout de l'épilepsie alcoolique constitutionnelle.

Dans l'alcoolisme chronique, l'organisme entier est fondamentalement adultéré à la suite de l'action prolongée de l'alcool ingéré petit à petit. Les multiples troubles de tous les organes et fonctions qui s'observent chez l'alcoolique chronique en sont une preuve. *A priori*,

par conséquent, il se passe dans cet organisme ainsi atteint des troubles profonds des processus de sécrétion interne, du métabolisme cellulaire, et partant la possibilité immédiate à des phénomènes auto-toxiques qui, ceux-ci, donneraient lieu par intervalles à des décharges, aux convulsions épileptiques. Mais, certainement, il resterait à savoir pourquoi cette production d'attaques a lieu seulement dans quelques cas d'alcoolisme chronique, tandis que dans la grande majorité il ne s'en produit pas? C'est une question qui reste encore, pour longtemps peut-être, très obscure.

Nous devons encore citer en passant l'ingénieuse hypothèse de Wagner v. Jauregg, suivant laquelle il existerait dans l'organisme de l'alcoolique chronique une toxine que l'auteur appelle *toxine alcoologène*. Et cette toxine aurait beaucoup d'analogie avec les substances toxiques actives des maladies infectieuses, substances d'origine bactérienne. La substance toxique alcoologène produite et accumulée à la suite de l'alcoolisation prolongée et agissant sur un terrain spécial et propice, dégagerait des convulsions telles qu'elles se produisent dans notre forme d'épilepsie constitutionnelle. Mais pourquoi cette rareté d'attaques chez le plus grand nombre d'alcooliques chroniques? Nous ne le savons pas.

Enfin, il y a encore une hypothèse toute nouvelle de Mayer, qui concerne de même les convulsions de l'alcoolisme chronique, mais qui ne nous semble pas trop plausible pour notre forme d'épilepsie.

Quoi qu'il en soit, nous devons retenir un seul fait, et qui paraît avoir de la valeur : c'est que, au point de vue pathogénique, il existerait dans l'alcoolisme chronique une toxine alcoolique qui, par son action continuelle amènerait des adultérations dans les fonctions des organes et des sécrétions et, indirectement, produirait à la

longue un terrain spécial, *constitutionnel*, propice à des décharges convulsives. C'est une simple conjecture que nous avançons ici. Tout de même, elle plaide en faveur de l'existence de l'épilepsie alcoolique constitutionnelle, telle que nous l'avons caractérisée plus haut.

L'avenir, avec ses nouvelles recherches, élucidera peut-être ce procédé, et alors il nous donnera ou non raison.

NOTE

SUR

LA SIDÉRATION PAR LA DOULEUR

Par le Dr CHATELAIN

Ancien médecin en chef de l'asile de Préfargier (Suisse).

L'intéressant travail de M. Tastevin, dans les derniers numéros des *Annales médico-psychologiques* (1), me remet en mémoire trois observations qui pourront peut-être servir de contribution à cette importante question de l'asthénie post-douloureuse. Elles ne portent pas sur des hommes, il est vrai, mais sur des animaux, ce qui, me semble-t-il, n'ôte rien à leur valeur ; au contraire, tout facteur psychique pouvant être exclu absolument, les conséquences physiques d'une violente douleur n'en apparaissent que plus claires.

Un jour, dans ma prime jeunesse, — « cet âge est sans pitié », a dit La Fontaine, — je jette une pierre à un moineau, qui tombe comme une masse et reste étendu sans mouvement sur le sol. Je le ramasse, très surpris de ne constater aucune blessure apparente : pas une goutte de sang, pas une plume froissée. Enfin, en cherchant bien, je découvre un ongle écrasé, à moitié arraché de sa matrice ; mais c'est tout. Pendant que je l'examine ainsi, l'oiseau rouvre les yeux, commence à

(1) J. Tastevin. L'asthénie post-douloureuse et les dysthénies périodiques (psychose périodique). *Annales méd.-psych.*, numéros de janvier-février, mars-avril et juin-juillet 1911.

bouger ses ailes et ses pattes, puis, soudain, s'envole tout gaillard, pour disparaître dans un arbre voisin.

Quelques années plus tard, faisant mes premières armes à la chasse, je tire un geai qui, comme le moineau, tombe de l'arbre et reste étendu immobile sur le terrain. Le croyant mort, je le mets dans ma gibecière et continue de chasser; mais, au bout de quelques minutes, voilà ma bête qui reprend vie, faisant tous ses efforts pour sortir de son tombeau. Je l'examine alors de plus près, malgré ses vigoureux coups de bec, et ne constate, en fait de blessure, qu'un ongle arraché, par un grain de grenaille évidemment, et qui a laissé, à l'extrémité de la phalangette, une petite plaie saignante. L'oiseau paraissant tout à fait ressuscité, je l'apportai vivant chez moi, où il resta trois semaines en parfaite santé. Au bout de ce temps, je lui rendis la liberté, orné, à une des pattes, d'une bague de plomb portant la date avec mes initiales. Il fut tiré, l'année suivante, par un chasseur de ma connaissance.

La troisième observation est plus intéressante encore. En 1905, je chassais en Allemagne chez un de mes amis. Une compagnie de perdreaux se lève entre le chasseur et sa chienne qui l'arrêtait contre lui; au coup de fusil, tiré pourtant à bonne hauteur, la pauvre bête répond par d'effroyables hurlements, puis vient, tout ensanglantée, tomber aux pieds de son maître. La lavant avec soin, nous ne constatons d'autre blessure qu'un petit trou, fait par un grain de plomb n° 8, à un demi-centimètre de la commissure interne de l'œil gauche. La peau seule est perforée, l'os lui-même ne présente rien d'anormal; nous ne réussissons pas même à trouver le plomb qui, après l'avoir frappé, sera revenu en arrière. Cependant, la petite chienne — un griffon poil dur — ne peut plus marcher, ni même se tenir sur ses jambes; les muqueuses buccales et oculaires sont abso-

lument décolorées ; par moments, les paupières se ferment ; il semble que la bête va expirer. D'abord, nous la portons sur nos bras, puis enfin, rencontrant un paysan avec un véhicule, nous la ramenons ainsi au château. Arrivés là, il semble qu'elle reprend vie et peut de nouveau se tenir sur ses pattes ; un peu de couleurs reparaissent aux muqueuses. Le directeur de l'École vétérinaire de Darmstadt, mandé par télégramme, affirme que ce se sera rien, un « simple choc nerveux ». Et de fait, deux jours après, la chienne, complètement rétablie, chassait de nouveau, comme si rien ne s'était passé. Elle a vécu encore trois ans, pour périr d'un cancer des mamelles.

L'analogie que présentent ces trois cas saute aux yeux : une douleur intense subite amenant une syncope, plus courte chez les deux oiseaux, plus grave chez la chienne d'arrêt. Je ne me souviens pas de l'état des muqueuses chez les premiers, mais l'anémie absolue constatée chez la chienne est bien intéressante. On sait qu'une vive excitation, portée sur un nerf sensible périphérique, provoque une constriction générale des vasomoteurs ; en voilà une preuve aussi convaincante qu'on peut la désirer ; et ce phénomène semble expliquer, de façon tout à fait plausible, l'effet de certains remèdes dits « sympathiques », ainsi le fil serré très fortement autour du petit doigt pour arrêter un saignement de nez. Et jadis n'a-t-on pas traité la sciatique par la cautérisation du lobule de l'oreille !

Revue critique.

—

LES INVALIDES MORAUX

Par le Dr Paul GUIRAUD

Médecin adjoint de l'asile d'aliénés de Tours.

MM. Mairet et Euzière viennent de consacrer une importante étude aux *Invalides moraux* (1). Ce livre arrive bien à son heure et pose d'intéressantes questions de pratique médico-légale et de psychiatrie théorique.

Nous croyons qu'il constituera un élément important dans la discussion actuellement pendante sur la responsabilité atténuée et sur la conduite sociale à tenir à l'égard des « limitrophes de la folie ». Il est évident, en effet, que ces limitrophes, ces demi-fous de certains auteurs, ne constituent pas un groupe homogène. Au lieu de chercher pour eux une solution générale, il est préférable de consacrer aux diverses catégories de ces malades des monographies cliniques, qui permettent de trouver pour chacune les mesures d'assistance et de protection sociale pratiquement utiles. De ces anormaux, les plus intéressants, les plus dangereux pour la société sont certainement les « invalides moraux »; cependant, ils n'avaient pas encore été l'objet d'une étude d'ensemble. MM. Mairet et Euzière ont groupé ces dégénérés « qui ont tous pour caractéristique commune de ne présenter aucun trouble délirant, mais une atteinte plus ou moins profonde de la sensibilité morale ».

D'un autre côté, en psychiatrie, il n'est pas de cha-

---

(1) A. Mairet et J. Euzières. *Les Invalides moraux*, 1 vol. in-8°. Paris, Masson et Cie, et Montpellier, Coulet et fils, 1910.

pitre plus obscur que celui de la « folie morale ». Ce qui préoccupait surtout les cliniciens au moment où Prichard décrivait cette affection, c'était l'existence de la folie avec intégrité de l'intelligence. La réalité de maladies appelées folie lucide, manie sans délire, etc., était attaquée et défendue avec une égale conviction ; Griesinger prétendait même que ces espèces pathologiques ont été créées pour le malheur de la science. Cette discussion théorique, qui n'est peut-être qu'une question de mots, s'opposait à une délimitation nette du groupe des Invalides moraux. L'historique de MM. Mairet et Euzière le montre bien. Pinel est frappé par les actes extravagants et les violences de certains aliénés lucides : il crée la manie sans délire ; les infirmiers de Bicêtre remarquent l'esprit raisonneur et en apparence raisonnable de quelques malades : ils parlent de « fous raisonnants » ; Prichard observe des troubles du sens moral avec conservation de l'intelligence : c'est la folie morale. D'autres élargissent la question, plaçant dans le cadre de la « folie lucide » de véritables délirants reativement conscients, persécutés, mégalomanes, jaloux etc.

En somme, chaque auteur fait une classification d'après les caractères qui lui paraissent le plus frappants et groupe les amoraux avec des malades tout différents. Le terme de folie morale — soulevant toujours la question théorique de la folie avec lucidité — est responsable de cette confusion.

Le problème de l'invalidité morale a été étudié sous une autre face par Lombroso, qui a décrit le type du criminel-né.

Cette doctrine n'a pas été moins discutée que celle de la folie morale. Faire du criminel-né un être à part, doué d'une constitution physique et psychique spéciale, véritable homme primitif réapparu à notre époque par un phénomène de régression et fatalement voué au crime, était une idée paradoxale qui devait provoquer bien des critiques. L'existence du type anatomique du criminel a été vivement contestée, de même que la nature régressive de ses anomalies. Le terme de criminel-né est inacceptable en psychiatrie, conduit lui aussi à des discussions théoriques, ne s'étend pas à tous les cas. Il fallait donc trouver un mot qui ne préjuge rien, qui ne

fasse de ces anormaux à sens moral lésé, ni nécessairement des aliénés, ni nécessairement des criminels. Le termes d'Invalides moraux de MM. Mairet et Euzière semble parfait.

Pour étudier ces invalides moraux, les auteurs commencent par les classer. Tous ces malades sont des dégénérés ; comme les dégénérés de l'intelligence, ils affectent des types variés que l'on peut grouper en quatre catégories : atrophie morale, perversion, inversion, instabilité.

Cette classification, on le voit, est calquée sur celle des anomalies sexuelles.

L'atrophie morale est caractérisée par le défaut de développement de la sensibilité morale. Les atrophiés moraux n'ont de tendance ni pour le bien, ni pour le mal, ils sont suggestionnables dans les deux sens. Il y a dans l'atrophie morale des degrés comparables à l'idiotie l'imbécillité, la débilité. Dans les plus bas échelons, l'idiotie morale est associée à l'idiotie intellectuelle, mais à partir de l'imbécillité il peut ne plus y avoir parallélisme.

Au lieu d'être simplement absent ou obtus, le sens moral peut être perverti : c'est-à-dire qu'il n'y a plus indifférence, mais appétence particulière pour le mal, c'est la *perversion morale.* Ces invalides présentent un développement anormal de passions mauvaises : paresse, violence, colère, etc. ; chez eux, par exemple, la haine des parents remplacera l'amour filial, etc. Souvent l'atrophie coïncide avec la perversion et la renforce ; mais parfois, d'après les auteurs, le perverti peut avoir un sens moral normalement développé, qui dans certaines circonstances est obscurci par l'excès de la passion mauvaise.

L'inversion morale est le contraire, l'inverse de l'état normal au point de vue de la sensibilité morale. La possibilité de la vie en société — par conséquent de la morale, diraient certains — résulte de l'éducabilité et de la sociabilité de l'homme normal. A cet égard, on peut définir l'homme, comme Aristote, un « animal sociable ». L'inverse de l'état normal sera donc l'anti-éducabilité et l'anti-sociabilité. Comme dans la catégorie précédente, il y a perversion, mais perversion des facultés morales

essentielles ; la preuve, c'est que l'anti-éducabilité et l'anti-sociabilité, quand elles existent, dominent tout le tableau clinique. La création d'un groupe spécial pour les invertis est donc justifiée.

Dans l'*instabilité*, la sensibilité morale peut être normale, mais le fond de l'être mental est caractérisé par la mobilité extrême des idées et des sentiments, le manque de réflexion et de volonté, en un mot par la tendance au réflexe. Dans ces conditions, l'instable n'a pas le temps de refréner ses impulsions mauvaises, quitte à les regretter ensuite.

Dans la deuxième partie de leur livre, MM. Mairet et Euzière étudient en détail l'inversion et l'instabilité morale. Au point de vue clinique les *invertis* présentent des types légèrement différents. Chez les uns, on observe à peu près exclusivement comme anomalies morales l'antiéducabilité et l'antisociabilité : ce sont les invertis moraux simples ; chez les autres, à l'inversion morale se joignent d'autres perversions : ce sont les invertis moraux avec hyperesthésie des passions.

Malgré ces différences, la vie des uns et des autres se ressemble étrangement, « dirigée qu'elle est tout entière par l'impatience du joug et la haine de la loi ». Dans le cours de sa vie, l'inverti résiste successivement à toute direction, à toute autorité : parents, maîtres, patrons, officiers, etc. L'inversion se manifeste surtout à la caserne, où l'on exige une obéissance passive. Les invertis simples commettent plutôt des délits que des crimes, surtout des délits militaires tels que indiscipline, insubordination, refus d'obéissance, ou bien vagabondage, outrage et rebellion aux agents, etc. Mais si des perversions s'associent à l'inversion, elles poussent le malade à de véritables crimes : coups et blessures, meurtres, attentats à la pudeur, etc.

A l'étude clinique succède une analyse des éléments psychologiques de l'inversion morale; d'après les auteurs, elle est caractérisée par des troubles psychiques par *atrophie* et par *perversion*. La première frappe l'intelligence et la sensibilité morale. L'atrophie intellectuelle des invertis est très variable : les uns sont des débiles et même des imbéciles, tandis que les autres sont des esprits relativement brillants, doués de viva-

cité et d'imagination; mais à tous il manque le bon sens et la rectitude du jugement. En somme, les invertis sont habituellement assez intelligents pour distinguer le bien du mal, ce qui est permis de ce qui est défendu. Mais, comme M. Mairet l'a déjà soutenu dans son livre sur la responsabilité, « la conscience du bien et du mal repose sur un double fond intellectuel et sentant ».

Cette « base sentante », qui connaît le bien et le mal d'une autre façon que l'intelligence, serait constituée par la sensibilité physique transformée et par la sensibilité morale. Souvent, dans le cours de la vie, à un acte dit mauvais correspond un désagrément : maladie, punition ; par suite d'un phénomène de mémoire affective, à chaque nouvel acte mauvais, ces impressions désagréables réapparaissent, provoquant une douleur évidemment atténuée, mais perceptible : « voler ou tuer rappellent une douleur autrefois perçue plus particulièrement sous la forme d'une fessée ». Telle est la sensibilité physique transformée qui peut créer une sorte de conscience inférieure. La sensibilité morale vraie n'est peut-être qu'un perfectionnement de la sensibilité physique transformée, mais elle s'en distingue cliniquement : elle s'accompagne de la notion du devoir moral, dégagée de l'idée de récompense, et enfin elle « continue à vibrer après l'acte commis sous forme de remords ». C'est à elle qu'il faut rattacher les sentiments bons : affectivité, pitié, etc.

Chez les invertis moraux complets, il n'existe ni sensibilité physique transformée ni sensibilité morale ; chez d'autres, on ne trouve que la sensibilité transformée ; enfin, chez les invertis atténués, la sensibilité morale peut apparaître avec un développement variable. En général, les sentiments bons sont atrophiés.

A côté de ces troubles par atrophie, nous retrouvons des troubles par perversion : anti-éducabilité et antisociabilité chez tous les invertis, et enfin chez certains d'autres perversions : méchanceté, haine, etc.

On risquerait de commettre de graves erreurs si l'on considérait sans examen comme invertis tous les antisociables ; beaucoup de ces derniers sont de vulgaires criminels d'habitude dont la « déchéance et l'indiscipline ne sont pas le fait d'une constitution anormale ».

Mais, d'autre part, nous pourrions nous demander aussi si beaucoup de prétendus criminels d'habitude ne sont pas de véritables invertis moraux méconnus ; la jeunesse de certains délinquants et le caractère non utilitaire de leurs méfaits, la mentalité des pensionnaires des maisons de correction nous semblent de sérieux arguments en faveur de cette opinion.

Les *instables moraux* sont très nombreux et méritaient comme les invertis une description détaillée. Ces malades sont bien connus et sont placés dans le cadre des dégénérés supérieurs, des déséquilibrés, etc. Ils présentent naturellement des différences individuelles qui permettent aux auteurs de Montpellier de décrire de nombreux types. D'abord l'instabilité peut dominer dans le domaine intellectuel psycho-moteur, ou sentant ; nous avons les instables intellectuels psycho-moteurs moraux. L'instabilité morale elle-même peut être simple ou associée à d'autres tares ; elle devient alors le *déséquilibre*. Résultat d'une hérédité défectueuse, l'instabilité morale apparaît très tôt : dès l'enfance, on retrouve un défaut de fixité de l'attention, un besoin de mouvement, etc., qui distingue le malade de ses camarades d'école. Adulte, l'instable ne peut s'habituer à aucune occupation fixe, change de profession, change d'affections, erre de pays en pays ; il présente parfois des périodes d'excitation.

Les instables commettent souvent des délits : leur irréflexion, leurs perversions morales associées, l'irrégularité de leur vie les poussent au vagabondage, aux révoltes contre l'autorité, aux abus de confiance, au meurtre, etc.

Pour expliquer la nature de l'instabilité morale, MM. Mairet et Euzière ont édifié une théorie intéressante. Pour eux, « l'instabilité *doit être considérée comme un état lié à une hyperactivité psychique de même nature que celle de la manie* ». En effet, comme chez le maniaque, chez l'instable, « les impressions rapidement reçues s'effacent non moins rapidement », l'imagination domine, l'attention volontaire ne peut se fixer ; de même que le maniaque, l'instable s'exalte facilement.

De plus, l'instabilité peut aboutir par une évolution

progressive à l'exaltation maniaque vraie ; de simple invalide, le malade devient alors un véritable aliéné. A la suite de l'instabilité, M. Mairet peut donc décrire le déséquilibre psychique avec exaltation maniaque ou déséquilibre maniaque. Il peut être intermittent ou rémittent ; on pourrait même penser à une forme circulaire. A la période d'excitation, ces malades se distingueraient des simples déséquilibrés par l'incohérence de leur langage, le vagabondage de l'imagination, enfin et surtout parce qu'ils n'ont pas une « conscience exacte » de leurs idées et de leurs actions.

Ces déséquilibrés maniaques, même en rémission, ont du maniaque : la loquacité, la graphorrée, la suractivité psychique avec une mémoire étonnante, le besoin de déplacement, la facilité avec laquelle ils s'exaltent rapidement, même au milieu de la plus grande tranquillité, la fausseté du jugement qui ne leur permet de voir qu'à travers leur exaltation et leur passion. A ces caractères s'ajoutent de graves tares morales : égotisme, égoïsme, manque d'affection. Ce tableau finement analysé est frappant de vérité, et quiconque a vu une manie raisonnante la reconnaît immédiatement. MM. Mairet et Euzière ont bien vu l'identité des deux états ; leur déséquilibre maniaque rémittent est la manie raisonnante des auteurs. Nous ne sommes pas persuadé que leur nouvelle dénomination sera généralement acceptée, le mot raisonnant ou raisonneur est si exact et si pittoresque pour désigner les malades dont nous parlons.

Grâce à cette assimilation de l'instabilité à l'exaltation maniaque, la manie raisonnante entre donc dans le cadre de l'invalidité morale. De pareilles transitions entre les diverses formes morbides sont, croyons-nous, fréquentes dans la classe des dégénérés. Il ne serait pas impossible, par exemple, de trouver des analogies entre les persécutés persécuteurs et certains maniaques raisonnants. Par leur égoïsme, leurs réclamations incessantes, leurs interprétations radicalement fausses, leur haine pour des personnes déterminées, leurs réactions violentes, beaucoup de maniaques raisonnants établissent la transition. D'un autre côté, beaucoup de dégénérés instables au point de vue moral sont aussi des

instables de l'humeur et de l'activité et réalisent en quelque sorte le tableau de la cyclothymie.

Par ce résumé de leur livre, on voit que la méthode des professeurs de Montpellier est extrêmement personnelle. Souvent M. Mairet appelle ses ouvrages « étude psycho-physiologique », et, en effet, l'analyse psychologique du malade qu'il étudie ou de l'observation qu'il rapporte est toujours poussée jusqu'à la minutie, avec la préoccupation de hiérarchiser les éléments psychiques, de les faire dériver les uns des autres, en un mot de faire la physiologie de la mentalité qu'il décrit. Mais comme il n'y a pas beaucoup de sujets qui, au point de vue mental, se ressemblent d'une façon absolue, cette analyse minutieuse le conduit à la création d'une foule de types cliniques. Cette subtilité nécessite parfois beaucoup d'attention t on peut craindre que ses classifications avec divisions et subdivisions ne paraissent parfois un peu complexes.

D'un autre côté, cette tendance d'esprit a donné aux auteurs d'excellents résultats ; après avoir lu leur livre, on connaîtra bien les divers éléments de l'invalidité morale, on pourra prendre une observation précise, on comprendra enfin que les invalides moraux affectent des types différents et ne doivent pas être confondus sous le nom de fous moraux.

Ces malades dont le sens moral est défectueux par suite d'une *constitution anormale* sont nombreux et généralement peu connus du public. Actuellement, par une réaction excessive contre les idées de Lombroso, on tend à attribuer au crime une origine exclusivement sociale sans tenir compte des facteurs héréditaires et constitutionnels ; on préconise pour « enrayer la criminalité, l'enseignement aux jeunes générations d'un idéal de justice et de fraternité, des sentiments élevés du devoir et de la solidarité humaine ».

Il est bon de faire remarquer qu'en dehors de la majorité facilement éducable il y a toute une catégorie d'infirmes moraux sur lesquels la meilleure éducation n'aura aucune action, qui, même placés dans les meilleures conditions sociales, seront poussés par leur constitution à mener une vie irrégulière et à commettre, parfois, de graves méfaits.

Il est heureux que, par une sorte de compensation, à côté des anormaux à sens moral atrophié ou perverti, on puisse observer des exemples de développement plus que normal de la sensibilité morale. Ces hypertrophiés moraux peuvent avoir une intelligence variable ; ce sont parfois de véritables débiles incapables de se diriger, mais qui deviennent, dans les asiles où on leur confie des emplois subalternes, d'impeccables serviteurs qu'un reproche insignifiant accable de désespoir. D'autres, plus intelligents, forment la classe des domestiques dévoués et scrupuleux, des fonctionnaires esclaves du devoir. Des saints, des héros, de grands philanthropes entrent dans cette catégorie des hypertrophiés moraux.

Nous insisterons peu sur la responsabilité des invalides moraux. Le livre de M. Mairet sur la responsabilité a été analysée ici même, il y a déjà quelque temps, par le regretté Giraud. Rappelons que pour M. Mairet la responsabilité d'un sujet a pour condition nécessaire l'existence d'une lutte entre la tendance au mal et une tendance antagoniste. Pour apparaître, cette dernière a nécessité l'intégrité relative : 1° de l'intelligence; 2° d'une « base sentante » qui comprend la sensibilité morale, les sentiments tendres, la sensibilité physique transformée. Lorsque cet élément sentant n'existe pas, il ne saurait être question de responsabilité. « En somme, lorsque la peur de la punition existe seule l'irresponsabilité reste absolue. » Quand la sensibilité morale et les sentiments tendres sont incomplètement développés, la responsabilité est plus ou moins atténuée. M. Mairet fait une distinction entre les troubles du sens moral congénitaux et ceux qui sont acquis. Dans ce dernier cas, il y a simple prédisposition congénitale ; la déchéance morale est le résultat de causes diverses n'ayant rien de pathologique. Cette analyse des éléments de la responsabilité est intéressante au point de vue psychologique et satisfait bien l'esprit; mais nous nous demandons si, comme toutes les théories analogues, elle peut avoir une application pratique. Le juge n'est ni un psychologue qui analyse avec finesse la mentalité des accusés, ni un Dieu qui punit les méchants ; il est seulement chargé de protéger la société en distribuant aux délinquants des peines qui leur apprendront à ne plus troubler

l'ordre social. Pour remplir sa fonction, il n'a actuellement que deux solutions : envoyer le délinquant en prison ou bien, quand l'expert l'a déclaré aliéné, à l'asile où on le soignera en l'empêchant de nuire. Lui affirme-t-on que la responsabilité est atténuée? (si on le lui affirme, c'est parce qu'il l'a demandé) il est bien embarrassé et se borne habituellement à diminuer la peine. Ce procédé semble défectueux à beaucoup d'esprits. L'illogisme des peines atténuées est surtout frappant pour les invalides moraux. Atrophiés, invertis ou instables, ces anormaux, par la nature même de leurs anomalies, résistent peu aux impulsions mauvaises; une peine atténuée ne sera pas pour eux un motif suffisant d'abstention. C'est l'opinion que Maxwell a soutenue dans son livre *Le Crime et la Société*. Mais, dira-t-on : « C'est bien de protéger la société, seulement il faut le faire en suivant les règles de la justice; on n'a pas le droit de punir beaucoup quelqu'un qui est peu responsable. »

En réalité, la société n'hésite nullement à prendre des mesures énergiques à l'égard des irresponsables qui sont gênants : elle interne pendant toute leur vie des aliénés qui n'ont rien fait, elle isole autant qu'il est nécessaire les pestiférés, etc. Les mesures de protection contre les individus nocifs, qu'ils soient responsables ou irresponsables, peuvent donc être également désagréables, également perpétuelles, elles diffèrent par un seul point : quand elles s'appliquent à des sujets responsables, elles entraînent la déconsidération, le mépris public, ce qui ne se produit pas — ou ne devrait pas se produire — pour les irresponsables. C'est le caractère infamant de la peine qui constitue la vraie punition du criminel. Si, comme on le fait pour la responsabilité, on peut fractionner la peine, on ne peut pas fractionner la déconsidération qui en résulte. Par conséquent, en condamnant le demi-responsable à une peine infamante atténuée, on le *punit* à peu près autant que s'il était responsable et on protège fort mal la société.

Du reste, tous les auteurs sont parfaitement d'accord sur la défectuosité de la répression actuelle. Avec eux, MM. Mairet et Euzière demandent la création d'établissements spéciaux qui ne soient ni des prisons ni

des asiles. Il est incontestable que l'asile ne convient pas aux invalides moraux ; ils diffèrent trop des autres malades et sont une source perpétuelle de troubles et de difficultés. Le nouvel établissement pour invalides moraux s'appellera-t-il asile ou prison, entraînera-t-il ou non la déconsidération? Etant donnée la mentalité de ses futurs pensionnaires, nous croyons que cela a peu d'importance, pourvu qu'ils soient bien gardés.

La question des établissements spéciaux nous conduit à dire quelques mots sur le traitement des invalides moraux. Ce traitement a été essayé par le Dr Dusson, qui a sacrifié trois années de sa vie à l'amélioration d'un inverti. *A priori*, il semble contradictoire de chercher à éduquer un antiéducable ; cependant, Dusson a essayé de tourner la difficulté par une méthode spéciale à son élève. Il cherchait à supprimer les occasions de désobéissance ; en face du fait accompli, il n'employait pas de répression violente, mais reliait à l'acte commis un désagrément qu'il présentait comme une conséquence inévitable et non pas comme une punition.

Cette méthode, comme le font remarquer MM. Mairet et Euzière, ne pouvait réussir que grâce à la naïveté de son élève ; et encore, de l'aveu même de Dusson, elle n'a pu que créer des habitudes fragiles de sociabilité à la merci du moindre incident.

Comme on pouvait le prévoir, l'éducation des invertis est à peu près impossible. Ce n'est pas dire qu'il faille les abandonner à eux-mêmes ; en effet, s'ils ne peuvent être améliorés, ils peuvent facilement être aggravés. MM. Mairet et Euzière citent des exemples frappants de la suggestibilité de certains atrophiés moraux qui suivent indifféremment les mauvais et les bons conseils. Quant aux invertis graves, l'observation montre aussi qu'ils sont très suggestionnables, mais exclusivement pour le mal. Tout cela prouve qu'il y aura beaucoup de difficultés à vaincre dans l'organisation des établissements spéciaux prévus pour les invalides moraux. Les réclamations violentes, les évasions combinées, les révoltes n'y seront pas rares. Les journaux viennent d'ailleurs de signaler une rébellion dans un asile d'aliénés criminels en Amérique.

Dans les maisons de correction, à côté de quelques

enfants accidentellement criminels ou victimes d'une mauvaise éducation, on trouve une foule d'invalides moraux. Le travail de MM. Mairet et Euzière nous a montré combien chacun de ces malades a une mentalité spéciale nécessitant une direction particulière : les uns sont sensibles à la punition, d'autres sont exaspérés par elle, combien ils influent les unssur les autres, les invertis poussant au mal les simples atrophiés. En pratique, ces malades groupés dans des colonies sont soumis aux mêmes règles de discipline qui ne leur conviennent pas également, et parfois à de touchantes exhortations morales qui les laissent absolument insensibles. Il ne faut pas s'étonner que les résultats obtenus soient défectueux. Il serait souhaitable que les personnes chargées de ces établissements connussent les anomalies morales et leurs différentes formes. Les résultats seraient-ils meilleurs? Nous n'osons guère l'affirmer ; il n'y a pas à compter sur l'amélioration des invertis, mais on pourrait essayer de soustraire les atrophiés simples et les criminels par mauvaise éducation à cette ambiance dangereuse pour eux.

L'ouvrage de MM. Mairet et Euzière, on le voit, est de ceux qui font réfléchir ; il intéressera vivement ceux que préoccupe le problème médical et social de la criminalité.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

SÉANCE DU 31 JUILLET 1911

Présidence de M. SÉRIEUX.

Lecture et adoption du procès-verbal de la séance précédente.

Correspondance et présentation d'ouvrages.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. Ameline, qui remercie la Société de la sympathie témoignée à l'occasion de son accident;

2° Une lettre de Mlle Pascal, qui remercie la Société de l'avoir nommée membre correspondant;

3° Une lettre de MM. Beaussart et Roger Dupouy, qui remercient la Société de leur avoir décerné le prix Esquirol;

4° Une lettre de M. Génil Perrin, qui remercie la Société de lui avoir décerné le prix Semelaigne.

La correspondance imprimée comprend :

La folie maniaque dépressive, par M. Erwin Stransky, de Vienne.

Mort de MM. Charpentier et Doutrebente.

M. LE PRÉSIDENT. — J'ai le regret de vous faire savoir que notre compagnie vient de perdre un de ses membres les plus estimés, M. le Dr Charpentier, médecin honoraire de la Salpêtrière. Notre collègue avait été président de la Société médico-psychologique. Je n'ai pas à rappeler ici quelle fut son activité scientifique ; ses travaux les plus importants ont été publiés dans

les comptes rendus de nos séances ; ils seront toujours consultés avec fruit. Depuis une dizaine d'années M. Charpentier avait à peu près cessé de prendre part à nos réunions, et je puis dire que son abstention était universellement regrettée.

Tous ceux d'entre nous qui ont eu l'honneur de l'approcher et le plaisir de l'entendre conserveront le souvenir ému du médecin aliéniste éminent, de l'esprit original, du collègue sympathique qui vient de disparaître.

J'apprends à l'instant le décès d'un de nos plus anciens membres correspondants, M. le Dr Doutrebente, ancien chef de clinique de la Faculté de Paris, ancien directeur-médecin des asiles d'aliénés. Doutrebente était un administrateur hors ligne, un clinicien et un érudit très estimé qui laisse des publications intéressantes. La Société adresse à sa famille l'expression de ses sympathies et de ses regrets.

M. Charpentier ayant été président de la Société, la séance est levée en signe de deuil et reprend dix minutes après.

Rapports de candidature.

M. Capgras. — Messieurs, j'ai l'honneur de vous présenter, au nom de votre Commission, le rapport sur la candidature de M. René Charpentier à une place de membre titulaire.

Membre correspondant depuis 1907, M. Charpentier est bien connu de vous par les remarquables travaux que vous avez récompensés à deux reprises. Ancien externe des hôpitaux de Paris, reçu le premier au concours de l'internat des asiles d'aliénés de la Seine en 1904, premier encore au concours d'adjuvat des asiles publics d'aliénés de 1907, bientôt après chef de clinique des maladies mentales, et, à ce titre, chargé pendant trois années d'un cours de psychiatrie théorique et pratique à l'Institut de médecine légale et de psychiatrie de l'Université de Paris, lauréat de la Faculté et de l'Académie de médecine, M. Charpentier serait déjà des vôtres s'il n'avait cru précédemment devoir s'effacer devant de plus anciens.

Je n'énumérerai pas les nombreuses publications de notre distingué collègue et les communications qui ont ici même retenu votre attention. Je vous rappellerai simplement les travaux dans lesquels il a fait œuvre particulièrement originale on brillamment développé les intéressantes conceptions de son maître, M. le professeur Dupré. Ce sont : de longues études sur *les Empoisonneuses*, qui joignent à une documentation historique complète des vues psychologiques et des considérations médico-légales judicieuses ; un mémoire important sur le *Puérilisme mental et les états de régression de la personnalité* (en collaboration avec M. Courbon) ; des recherches sur *les Psychopolynévrites chroniques*, qui ont éclairé d'une lumière nouvelle certains cas de confusion mentale et de presbyophrénie. Je citerai aussi un article sur les *Ivresses délirantes transitoires d'origine alcoolique* (en collaboration avec M. Dupré), une observation de pouls lent permanent (en collaboration avec M. Vigouroux), une revue sur les *Traumatismes craniens et troubles mentaux* (en collaboration avec M. Dupouy), une statistique sur la fréquence des récidives des accès de manie (en collaboration avec M. le professeur Gilbert Ballet), des remarques sur les relations des obsessions avec la psychose maniaque-dépressive (en collaboration avec M. Deny) ; enfin le rapport au Congrès de Bruxelles 1910, sur la question de médecine légale *Alcoolisme et criminalité*.

J'en ai assez dit pour vous apprendre — ce que vous saviez déjà — qu'en M. René Charpentier la Société trouvera un collaborateur érudit et actif dont je suis personnellement heureux d'avoir pu vous signaler le mérite.

M. René Charpentier est élu, à l'unanimité, membre titulaire de la Société.

M. Ritti. — Messieurs, vous avez, dans votre dernière séance, nommé une commission composée de MM. Legras, Lwoff et Ritti, rapporteur, chargée d'examiner la candidature de M. Gian Luca Lucangeli, au titre de membre associé étranger de notre Société.

Les travaux scientifiques de notre confrère italien sont nombreux et importants ; ils se rapportent, en

majorité, à la médecine nerveuse. Citons entre autres : un cas de contracture hystérique chez un enfant ; un travail sur l'hérédo-syphilis dans sa forme infantile ; la réaction dégénérative à distance de Ghilardini ; une étude sur les névroses et forme organique, dans laquelle est étudiée la question de l'existence d'une neurasthénie cérébelleuse ; enfin un cas d'hémiplégie urémique avec autopsie.

Toutes ces recherches dénotent de connaissances étendues en neuropathologie et un sens clinique très aiguisé ; elles constituent comme une heureuse préparation à l'étude approfondie des maladies mentales.

Dans cette direction, M. Lucangeli a en voie de publication une série de recherches du plus haut intérêt : il s'agit du problème taxinomique en psychiatrie et de l'analyse psycho-pathologique des « dyslogies » ; l'auteur étudie successivement la démence précoce paranoïde, la paranoïa, la psychose à idées prédominantes, et ce qui n'est pas sans importance, les syndromes intermédiaires et combinés.

M. Lucangeli a fait ses études médicales à l'Université royale de Rome ; il est docteur en médecine de 1905. D'abord interne de la clinique des maladies mentales de la Faculté de médecine de Rome, sous la direction du professeur Tamburini, il devint ensuite interne de l'asile de Santa Maria della Pietà de Rome, dirigé par le distingué professeur Mingazzini. Après un stage de plusieurs années dans ce service, il fut nommé, en novembre 1909, médecin assistant à la clinique des maladies mentales et nerveuses de l'Université de Gênes, sous la direction du professeur E. Morselli. Ce maître éminent apprécia la science et le dévouement de son assistant et le fit nommer médecin-adjoint des asiles de la province de Gênes. Aujourd'hui, M. Lucangeli est médecin-adjoint, faisant fonction de médecin en chef, de l'asile San Cipriano, succursale du manicome provincial de Gênes.

Messieurs, comme votre Commission, vous apprécierez à leur valeur, qui est grande, les titres et travaux scientifiques de notre confrère italien. Il est jeune encore ; mais il a un brillant avenir devant lui. Il sera heureux et fier d'être des nôtres. Vous voterez donc les

conclusions de votre Commission, qui vous propose de lui accorder le titre de membre associé étranger.

Les conclusions de ce rapport sont adoptées et M. Lucangeli est élu membre associé étranger, à l'unanimité des suffrages exprimés.

Saint-Pierre Dutailli, frère de Bernardin de Saint-Pierre. Etude médico-psychologique,

par M. Lucien Libert.

Peu de familles ont payé un plus lourd tribut à l'hérédité mentale et nerveuse que la famille des de Saint-Pierre.

Le père de Bernardin, esprit rêveur et chimérique, veut à tout prix jouer au grand seigneur et se prétend le descendant du célèbre Eustache de Saint-Pierre. Il n'a ni preuves, ni armoiries. Il connaît tout juste son père Charles Saint-Pierre, dont toute la noblesse consiste en un mariage avec la fille d'un marquis! N'importe! il ne saurait y avoir pour lui de doute, il appartient à une famille noble de Lorraine établie en Normandie depuis quatre générations, et qu'il n'est point difficile de rattacher au bourgeois de Calais par une généalogie... tout à fait imaginaire. De son mariage avec la fille d'un armateur de Dieppe, Mlle Godebout, naissent quatre enfants.

L'aîné, Dominique, grand chercheur d'aventures, court sans cesse le monde à la recherche d'une fortune qu'il ne rencontrera jamais.

Bernardin, pendant de longues années, marchera sur ses traces ; nous le trouvons en Hollande, en Russie, en Pologne, en Allemagne, à Malte, à l'Ile Bourbon, où toujours les persécutions de méchants rivaux l'empêchent de réussir, et quand ce dromomane repenti se fixe à Paris, c'est pour faire dans les ministères d'interminables démarches, afin de recevoir la récompense de services le plus souvent très contestables. Quémandeur éternel, il ne cessera jusqu'à sa mort de réclamer pour lui ou pour les siens. Agoraphobique, nerveux, irritable

à l'excès, il vivra pendant plusieurs années dans l'intimité de Jean-Jacques Rousseau, dont il partagera la plupart des interprétations délirantes; et des deux enfants nés de son second mariage, si la fille, Virginie, semble avoir échappé à l'hérédité paternelle, le fils, Paul de Saint-Pierre, donnera dès le collège, dit un certificat médical, de nombreuses preuves d'affaiblissement de l'intelligence. Frappé d'hémiplégie, il sera placé dans la Maison de santé du Dr Dubois, où il deviendra complètement dément, et sera interdit par un jugement du 28 juin 1854 de la première Chambre du Tribunal de la Seine.

La sœur de Bernardin, Catherine de Saint-Pierre, pauvre fille neurasthénique, quelque peu débile, souffre de crises nerveuses dont il est assez difficile de préciser la nature.

Quant au second frère de Bernardin, Saint-Pierre Dutailli, nous en ferons l'objet du travail qui va suivre, travail que nous extrayons d'une étude beaucoup plus longue et plus complète, consacrée à tous les membres de la famille des de Saint-Pierre, et écrite pour la plus grande partie d'après les manuscrits de la Bibliothèque du Havre, et d'après l'excellent livre de M. Maurice Souriau : *Bernardin de Saint-Pierre d'après ses manuscrits.*

Né en 1740 au Havre, Saint-Pierre Dutailli fait à seize ans ses premières armes sur le *Duc de Chartres*, vaisseau de la Compagnies des Indes; il passe en 1760 à Saint-Domingue pour y chercher fortune. Mais, loin de s'occuper à quelque chose d'utile, il recherche la société de riches veuves qu'il se flatte en vain d'épouser. Il est bientôt réduit à la plus noire misère. Le 11 octobre 1767, sa sœur, Catherine, écrit à Bernardin de Saint-Pierre: « Je sors de mon état pour m'occuper souvent de notre pauvre gendarme, qui est au comble de l'infortune; la seule consolation qui me resterait sur son compte serait que vous fussiez informé de sa demeure pour le soutenir de vos conseils dans le besoin. »

Dès le mois de décembre 1770, Dutailli s'inquiète, se plaint de l'indifférence de son frère à son égard; il ne tarde pas à accuser aussi sa sœur Catherine. Il la rend responsable de quantité de lettres de lui qui auraient été perdues; et il ne veut plus recevoir de nouvelles de personne. Il renvoie à sa sœur, accompagnée d'invectives, la dernière lettre qu'elle lui a adressée.

La pauvre fille « en a, dit-elle, de la mélancolie », elle ne sait quoi faire pour le calmer et a peur qu'il ne se porte aux dernières extrémités envers elle. Elle attribue cela à la vivacité de son intelligence qui le rend extrême en tout genre.

Dominique, son frère aîné, qui le rencontre en 1775, ne peut que confirmer le désordre de son esprit, et il essaie, dans la mesure du possible, de porter secours à son dénûment. Dutailli revient sur ces entrefaites au Havre. D'un petit village normand, Saint-Laurent-en-Caux, il écrit, en novembre 1775, à un ministre. Il lui représente qu'il a fait trois campagnes de guerre dans la gendarmerie, où il est entré le 13 février 1760, et d'où il sortit le 13 juin 1764; qu'il a eu un service de lieutenant d'infanterie en 1764 et 1765 dans les troupes nationales de Cayenne; qu'il a fait à Saint-Domingue un voyage très onéreux, et il demande en récompense de tous ces services un brevet de capitaine de dragons. Ce brevet lui permettrait de conclure dans cette colonie un mariage qui est suspendu jusqu'à l'arrivée de cette grâce. Deux mois plus tard, il sollicite le seul brevet de capitaine d'Infanterie que Mme de Rousselier met au prix de sa main, et il ne doute point du succès de sa démarche qui lui fera oublier tant de malheurs injustifiés. Il retourne à Saint-Domingue sans brevet; puis il revient encore une fois en France et occasionne la ruine de Dominique, ainsi que le raconte, sans préciser, Bernardin de Saint-Pierre. Rejeté par les siens, ne recevant des ministres aucun des privilèges qu'il sollicite, Dutailli passe au service des insurgents d'Amérique comme capitaine-ingénieur.

Il demande un congé pour revenir à Saint-Domingue faire sa cour à une jeune veuve, Mme de la Boissière. « Le sort qu'éprouvent les officiers français attachés au service de l'Amérique, écrira-t-il plus tard, me fit songer à tenir prêt une lettre sous l'enveloppe du général de la Jamaïque, en cas que je vinsse à être pris pendant la traversée. » Cette lettre, qui, suivant l'expression de son auteur, « n'est que prestige et que chimère », propose à la cour de Londres un projet pour envahir la Géorgie. Le gouverneur de Saint-Domingue a vent du complot et fait arrêter Dutailli, le 2 septembre 1778. Celui-ci écrit alors un long mémoire justificatif où, dans des pages divisées en deux colonnes, il reproduit d'un côté sa lettre, et de l'autre ce qu'il appelle « la décomposition de cette lettre sur la partie de la guerre ». Mais il a contre lui la déposition du commandant Stott, qui a été fait prisonnier avec sa frégate *la Minerve*, et que Dutailli avait chargé de faire passer le mémoire au général de la Jamaïque. Le comte d'Argout, gouverneur de Saint-Domingue, le laisse au secret pendant quatre mois six jours. Dutailli se plaint avec véhémence du traitement qu'on lui fait

subir. Sa lettre se ressent, dit-il, de toute l'aliénation où on l'a réduit. On ne peut lui envoyer une chemise sans l'ordre écrit du gouverneur; on retient à Saint-Domingue son épée, sa malle, le portrait du roi et de la Reine, toute sa correspondance avec des officiers généraux français, entre autres une lettre très motivée de M. le Prince de Montbazon, sa commission d'ingénieur des Etats-Unis de l'Amérique, ses deux dernières lettres à l'Etat de Géorgie, l'une du bas de la rivière de Savannah, l'autre à son départ de Charles-Town. Il n'a plus de témoignages ni de défense d'aucune sorte. Il craint même que l'Etat de Géorgie ne soit soulevé contre lui. Le comte d'Argout se décide au mois de janvier 1779 à le faire ramener en France. Prisonnier d'Etat sur la frégate *la Concorde* à Brest, il envoie, au ministre et à son frère, mémoire sur mémoire, où il dépeint son amour pour Mme de la Boissière, « qui joint aux charmes les plus séduisants, des talents trop aimables », et le noir complot dont il a été la victime. On lui a supprimé le peu de moyens de défense qui lui restaient. Sa perte est certainement décidée. Il n'a plus d'espoir que dans la vertu du ministre et dans la bonté de son frère. Si la Providence le sauve, il se jette dans un cloître le reste de ses jours. Il ne demande que son transfert à Paris et une audience particulière du ministre.

En même temps, il écrit à M. d'Alembert, à M. de Fleurieux, aux députés américains et à M. de Sartine, ministre et secrétaire d'Etat au département de la Marine. A tous, il demande justice et il ferme ses lettres avec différents cachets, dont l'un représente un cerf assis à côté d'un chien avec en haut : « *Vetus concordia* », et l'autre un écusson accosté de deux chiens et surmonté d'une couronne de perles.

Enfin, le 23 mars 1779, Dutailli est transféré à la Bastille par le sieur Dijon, inspecteur de police, sur ordre contresigné Sartine. Cette mesure est prise à la suite d'une nouvelle lettre adressée par Dutailli au ministre le 8 mars, dans laquelle il lui annonce qu'il ne saurait confier qu'à lui une cause innocente, qui a prolongé ses affreux désastres; il se plaint de la soustraction de ses pièces justificatives et demande son transport à Paris et son jugement public.

Interrogé le 13 avril, Dutailli raconte à nouveau l'histoire de sa lettre et s'attache à en démontrer la frivolité. Il se montre très réticent au sujet du rôle joué dans son internement par M. le comte d'Argout.

Dans ses lettres, adressées le 4 mai au ministre, les 4 et 5 mai à son frère, à M. le Garde des Sceaux et à M. de Fleurieux, il donne à entendre qu'il y avait entre lui et Mme de la Boissière des relations intimes; que le comte d'Argout voulait le fixer au Cap en lui faisant épouser cette dame; que l'annonce de son

départ, qui dérangeait les projets de ce comte, l'avait irrité contre lui; que malheureusement la circonstance de la lettre supposée au général de la Jamaïque, et dénoncée par le capitaine Stott s'était présentée, et que M. le comte d'Argout en avait profité pour se venger. A partir de ce jour, Dutailli a trouvé l'âme du formidable complot qui est dirigé contre lui : il en saisit le but et la trame. C'est en vain que son frère, qui s'épuise pour lui en démarches, en sollicitations de toute nature, cherche à le calmer : « Ne vous chagrinez point de la perte momentanée de votre état : la bonté et la puissance du Roi saura bien vous dédommager quand il en sera temps. Songez que si vous n'étiez pas à la Bastille, vous seriez dans les prisons de Saint-Augustin. Quelle différence de leur traitement barbare à l'aisance de celle où vous vivez, aux attentions bienfaisantes des officiers qui y commandent, à l'équité des ministres du roi! Songez que vous êtes dans un lieu où vous avez la liberté d'écrire, de recevoir des visites, de dire vos raisons, de détruire les objections faites contre votre devoir et contre votre honneur... En attendant que votre innocence soit reconnue, occupez-vous. Le travail est un don du ciel, il bannit l'inquiétude, il fixe nos idées et il apporte toujours à sa suite quelque heureux fruit. Tout est bon pour s'occuper, consultez seulement votre inclination, car on fait toujours bien ce qu'on fait avec plaisir. »

Dutailli ne semble pas du tout apprécier le bien-être dont il jouit. Il en arrive à regretter le geôlier de Saint-Domingue. Certes, le misérable l'avait mis au secret et ne le nourrissait que de fèves, mais c'était que son sort en dépendait. Souvent, il a pris sur son propre compte d'adoucir sa misère, de lui glisser des suppléments et de lui passer une chemise pour lui permettre de laver celle qu'il avait sur le corps.

Dutailli est un prisonnier très difficile. Presque chaque jour il jette son repas à la porte de sa cellule, sa vie n'est que plainte continuelle. « Que dites-vous, toujours, toujours, écrit-il à son frère, de ce chevalier de Saint-Louis, de ce brigadier, de ce gouverneur, qui ne discontinue pas de faire acheter de la charogne, tantôt déguisée aux navets, tantôt aux carottes, ou, n'en pouvant pas faire trouver dans les boucheries de Paris, a recours aussitôt aux tripes de bœuf de la Bastille? » Il se plaint encore qu'on ne fournisse du bois qu'au 1er novembre. Le gouverneur substitue à la chandelle moulée, de la chandelle du peuple; au vin de Bourgogne, de la bière; sur douze livres qu'il reçoit par jour et par tête de prisonnier, il ne dépense pas quinze sols. Il est de nombreux traits par lesquels on lui fait voir que les ministres ont toujours les mêmes vues qu'à Saint-Domingue. En pourrait-il douter, alors qu'on en revient toujours, dans les menus, à la belle morue jaune et aux fèves de Saint-Domingue? C'est

pour lui insinuer que les ministres continuent dans les mêmes vues qu'en celles de la colonie. Il y a en même temps des espionnages répétés à sa porte, et l'on entretient perpétuellement le lieutenant général de police de ses faits et gestes, de façon à ne jamais finir la longue durée d'un aussi cruel sort.

« L'honnête gouverneur saura toujours, dit-il, me faire expier les moindres pas qui m'échappent dans cette malheureuse chambre pour les interpréter auprès de M. le Lieutenant-général de police. Cela saute toujours aux yeux! » Si parfois la viande a bonne apparence, c'est qu'elle est le reste d'un autre prisonnier qui n'en a point voulu. Quant au vin, quand il y en a par hasard, il n'est pas plus de la Haute-Bourgogne, qu'il est du Cap-Breton.

Le dîner est-il irréprochable, c'est qu'il était destiné à un autre prisonnier. « C'est une merveille, écrit-il le 11 novembre 1781, mais je le dois à la méprise heureuse faite dans une cuisine ou par un porte-clefs. Il faut en faire l'histoire. Dans les trois plats que l'on nous donne en maigre, j'ai eu tout le temps d'apercevoir que l'on s'est engagé, par le marché, à en donner un en poisson, un second aux œufs, et le troisième en légumes. La méprise a donné lieu à servir sur ma table deux plats de poisson avec un autre aux œufs. Il devait donc rester pour le prisonnier d'en haut, deux plats de légumes et un plat d'œufs. Cela saute aux yeux. Dans la confusion où s'est trouvé le porte-clefs, il m'a laissé choisir le plat de poisson. J'ai pris l'assiette d'un ragoût de carpe, d'un coup d'œil appétissant, relevé par des rôties, et laissé là le plat de hareng à l'huile ménagère et au vinaigre copieusement répandu. Dès que vous vous souviendrez que l'on a saisi l'instant d'un changement de ministère pour suivre les vues infâmes de Saint-Domingue, vous ne douterez guère que celui-ci était de distinction pour moi... » Le geôlier n'a trouvé à manger que les fèves qui lui étaient destinées, pour ne pas lui laisser perdre de vue le motif infâme qui lui en faisait servir dans la colonie. Et toujours, pendant ce temps, le brigadier continue à faire épier à sa porte le moindre mouvement qui se fait dans sa cellule. On ne peut se rendre compte de toutes les huiles qu'il lui en coûte pour graisser la lourde porte d'en bas, pour venir à bout de l'ouvrir et de la fermer sans qu'il l'entende : « Peut-on bien être assez borné pour ignorer perpétuellement qu'il n'est pas de milicien qui, ayant fait une campagne, qui ne sache qu'il y a des moyens très simples pour découvrir si l'ennemi s'est fourré sous un bastion ou tout autre terrain à vingt toises de distance. Il est une nouvelle preuve de la mauvaise qualité du vin : c'est que le porte-clefs peut déboucher la bouteille avec ses doigts. S'en plaint-il ? Alors on fait taper le bouchon pour faire croire qu'il

s'agit de vieux Bourgogne, depuis longtemps en cave. Et pour sauver les apparences, on met des câpres dans la sauce du poisson. Ainsi on se ménage la politique de les faire citer au besoin comme preuve de la bonne chère. Et toujours les fèves de Saint-Domingue à la place de lentilles, pour témoigner perpétuellement le regret de voir les ministres n'avoir plus des honnêtes vues. »

Bien vite, il englobe dans son délire son frère, à qui autrefois il écrivait des lettres pleines d'affection. « Vous avez, lui dit-il, trop épuisé la douceur de mon caractère, pour n'avoir pas été réduit à la triste nécessité d'en venir enfin là. Vous n'avez même pas craint, toutes les fois que j'ai réclamé l'humanité, qu'on me laissât retourner à mon malheureux service, vers une nation qui aurait trouvé à effacer jusqu'au souvenir de mes malheurs, dès qu'elle en eût vu à découvert la cause, de reprendre alors un très haut ton. Exposer l'honneur des familles... J'ai vos lettres... tandis que vous gardiez un silence honnête sur les dernières! » Et c'est parce que Bernardin de Saint-Pierre a fait pour lui démarches sur démarches que Dutailli gémit à la Bastille : « Me jeter aux yeux le malheureux solliciteur de vos imprudences. Trouver un seul aîné donnant son coup de pied à un malheureux frère, lui imputant perpétuellement la durée de ses désastres, après qu'il est si manifeste qu'ils sont les cruels fruits que recueille l'innocence, pour avoir été plein de l'idée de trouver des vertus à Versailles. »

D'ailleurs, il sait très bien pourquoi Versailles reste sourd à ses prières : c'est que l'ordre est arrêté de le faire descendre, lui, le premier ingénieur d'un Etat, jusqu'à le mettre à la queue du corps avec 200 livres par mois. Or, si l'on songe que son premier traitement fut de 500 livres, et que tous les jours il mangeait chez les généraux ou au conseil, on peut se rendre compte de toute l'horreur de sa chute.

C'est son frère qui le fait parler tout autrement qu'il n'écrit. « Toujours, mon frère, vous m'en donnez jusqu'au bec! » Comment son frère peut-il lui rappeler les quelques petits envois qu'il lui a faits, lui qui a une situation qui ne saurait se partager! Ah! comme il regrette d'avoir accepté les premiers secours! « Si j'avais su m'en défendre, vous en auriez été moins mal à votre aise et vous vous seriez cru moins fondé à faire des incursions sur mon terrain. Si, pour jouir d'un peu de tranquillité, j'ai dû prendre ce parti, je ne sais pas comment vous pouvez me proposer aujourd'hui de me les faire passer par mains tierces. » S'il avait prévu l'inexpérience de son frère, comme il aurait laissé le général de Saint-Domingue disposer de son malheureux sort! Alors qu'il était le premier à demander un poste dans un port de France comme dédommagement du pré-

judice qui lui avait été causé, il écrit à son frère : « Si vous vous fussiez tenu, dans les premiers mois, à solliciter de votre côté le renvoi à mon pauvre service, il y a longtemps que j'y serais expédié. »

Toute l'année 1781 est remplie par des plaintes continuelles au lieutenant de police; alors que la correspondance administrative prouve qu'il est fort bien traité, qu'on lui donne des livres pour tromper son ennui, et qu'on autorise la visite de son frère aussi souvent qu'il la sollicite, les lettres de Dutailli ne cessent de croître en véhémence : « On ne trouverait sûrement qu'en Asie, en Afrique, un vizir assez barbare pour se porter à écraser continuellement un ingénieur, d'une honnête réputation à la guerre, pour lui apprendre à se souvenir d'avoir cru, de la meilleure foi du monde, trouver auprès de lui de la justice ou de l'humanité... C'est le comble de l'inhumanité, d'infamie constante de la part d'un ministre de me plonger perpétuellement dans l'horreur de quatre murailles... »

En août et septembre 1781, les plaintes redoublent; il écrit, le 29 septembre, au lieutenant général de police : « Ce n'en était donc pas assez d'avoir trouvé, dès janvier, février, à faire prendre à mes lettres, comme à mon frère, le chemin de Versailles, de prétexter vingt autres écrits contre moi, à fournir un pendant à ces plans français de Saint-Domingue, d'en venir à me faire marcher, pendant sept semaines, nu-pieds comme un nègre, un second pendant à la chemise que l'on m'y fit pourrir sur le corps... Maintenant, recommencer à faire expier jusqu'à mon silence même; il est vrai que, par là, Monseigneur, on continue à montrer son dévouement à des interprétations toujours assurées d'un plus heureux succès, puis me ramener de nouveau à des manches de gigot, des restes de bouilli, etc., pour le soir servir ce bien sur vos ordres, que l'on recommencera des procédés qui annoncent l'âme qui s'occupe depuis longtemps à effacer jusqu'au souvenir des vertus du ministre qui a précédé, ainsi que pour mieux marcher sur les vues et les traces honnêtes d'un gouverneur. » A son frère, il écrit alors : « Hélas ! mon pauvre frère, j'ai la tête toujours si sens dessus dessous, toujours si bouleversée, que je ne sais comment pouvoir écrire avec quelque ordre. Je suis toujours poussé dans le fond de la Bastille par un tel excès d'inhumanité que je n'en puis plus. Le monstre qui, depuis un an, m'y fait faire une suite variée d'indignités et d'horreurs, ne saura-t-il jamais rentrer dans le chemin du ministre vertueux qui a précédé? »

Les lieutenant et major de la Bastille le menacent de le mettre alors au pain et à l'eau s'il ne cesse de jeter ses repas à la porte... Dutailli n'en poursuit pas moins ses invectives.

Le 2 janvier 1782, Saint-Pierre Dutailli est transféré au

château de Ham, en Picardie. Il y continue ses plaintes journalières aux autoritée et surtout au lieutenant général de police. Dans ses lettres à ce dernier, il se plaint amèrement de tout ce qu'il « moissonne » depuis son arrestation à Saint-Domingue. Il demande comme réparation du dommage qui lui a été causé une place de commissaire ordonnateur dans un port de France, où il vivra avec sa sœur, qui lui est tendrement attachée, et qui remettra l'ordre dans son foyer domestique. Il est bientôt aussi insupportable au gouverneur de Ham qu'il l'était à celui de la Bastille.

M. le maréchal de Castries donne ordre de le transférer à Saint-Venant, dans la maison des Bons-Frères, « où l'on met les hommes dont l'esprit est égaré ». Mais il en sort bientôt et vient à Paris. M. Le Noir lui fait donner, par ordre de M. le maréchal de Castries, à deux époques, environ 50 louis, en lui enjoignant de prendre un parti. Son frère y ajoute une douzaine de louis qu'il a reçus en gratification du ministre des Finances. Il dépense cet argent en six ou sept mois, et quand il n'a plus rien il se rend à Dieppe inquiéter sa sœur. Il projette alors de demander une quête publique. Il en parle, mais sans succès, aux Lemesle, des amis de la famille de sa mère. Dépité, il quitte Dieppe et se retire auprès des officiers du château de Ham. Il demande à passer à Cayenne aux frais du Roi. Mais son projet est si médiocrement accueilli qu'il en revient à sa méthode ordinaire de chantage : il fait écrire à son frère que la nécessité le poussera bientôt à quelque nouvelle incartade, « car, dit Bernardin, quand il a quelque argent, il ne parle que de ses riches mariages et de ses grands emplois, et quand il en manque, il ne parle que de faire quelque coup de désespoir, afin de me forcer de venir à son secours. Ce moyen lui a quelquefois réussi à mon égard ». Mais cette fois Bernardin répond au major de Ham en lui exposant sa conduite envers son frère dans tous les temps de sa vie et une partie de la sienne à son égard. Les officiers de Ham écrivent alors à M. le comte de Breteuil pour lui représenter que Dutailli est sans ressources et qu'il a l'esprit égaré. M. le maréchal de Castries obtient un nouvel ordre du roi pour ramener le malheureux à Saint-Venant. Durant son internement, il ne cesse de faire de grands projets de mariage avec des femmes mariées, notamment avec la femme du lieutenant du roi de Saint-Venant. Mais l'intendant de la province fait la visite de la maison des Bons-Frères. Dutailli lui demande à se retirer tranquillement dans sa famille, à Dieppe. L'intendant, ignorant qu'il n'a pas un sol de revenus, qu'il est criblé de dettes et qu'il ne veut s'occuper de rien que de ses fantastiques projets, le fait sortir. Dutailli vient immédiatement à Paris, descend à l'hôtel Dauphine, rue des

Quatre-Fils, au Marais. Il notifie son arrivée à son frère, lui reproche de le laisser dans le besoin : « Vous m'avez toujours paru craindre, lui dit-il, que l'on attaque votre bourse. » Il en fait tant et tant que Bernardin supplie à nouveau M. le maréchal de Castries de donner une retraite assurée à un homme dont l'esprit est dérangé. Mais une difficulté se présente. Qui paiera la pension? Ce ne peut être le département des colonies, écrit le maréchal de Castries. Finalement, et sur la demande de Ménard, la pension est payée sur les fonds destinés aux grâces particulières, et Saint-Pierre Dutailli est envoyé chez les Cordeliers de l'Isle-Bouchard, où il arrive le 13 octobre 1785. Dans ses divers internements, Dutailli, dès les premiers jours de sa détention, écrit toujours de nombreuses lettres (il en est ainsi à l'Isle-Bouchard); puis, la surveillance se resserrant, à cause du caractère difficile du prisonnier, aucune lettre ne parvient plus au destinataire.

Aussi cette dernière période de la vie de Dutailli est-elle assez mal connue.

Dès son arrivée à l'Isle-Bouchard, il a écrit à M. le baron de Breteuil pour se plaindre du chiffre modique de sa pension, fixé à 600 livres au lieu de 800 livres comme à Saint-Venant. Mais ce qui l'intéresse le plus, c'est de savoir ce qu'est devenue la femme de l'intendant de Saint-Venant, dont il est amoureux. L'exempt le rassure en lui déclarant qu'elle ne tardera point à arriver dans son canton. Mais il n'est pas long à comprendre la raison pour laquelle on l'envoie à l'Isle-Bouchard. C'est qu'il fallait l'éloigner de Paris à tout prix avant l'arrivée de la dame en question. Aussi ne peut-il que réclamer la révocation de la lettre de cachet qui l'exile, « pour pouvoir la rejoindre à Paris, où sa société a tout autrement à l'intéresser ainsi qu'à lui valoir des lumières pour avancer sa besogne que de le tenir dans ce malheureux pays ».

Comme il continue de plus belle à écrire à son frère, aux autorités et à Mme d'Halincourt, sa nouvelle Dulcinée, Morisseau, le gardien des Cordeliers de l'Isle-Bouchard, écrit le 22 octobre 1785 à Bernardin de Saint-Pierre : « Je prends la liberté de vous faire passer une lettre de monsieur votre frère à M. le baron de Breteuil, et une pour vous, l'une et l'autre sous l'adresse de M. le Baron; je vous prie de me dire si c'est votre intention et celle du ministre de le laisser écrire et si je dois vous faire passer ses écrits, ou les laisser aller selon leur adresse. »

Dans une seconde lettre au baron de Breteuil, datée du 1er novembre, Dutailli se plaint en termes très vifs de la nourriture, et du louche qui entoure les actions des religieux chez qui il se trouve en pension. Il écrit aussi à Mme d'Halincourt

pour lui demander de faire passer sur sa tête la charge de lieutenant du Roi de Saint-Venant, détenue autrefois par feu son mari. Il déclare à M. de Breteuil qu'il espère qu'on n'en usera pas avec Mme d'Halincourt, comme autrefois avec Mme de la Boissière, à qui le lieutenant de police Le Noir occasionna des attaques d'apoplexie, pour mieux l'amener à cette méfiance cruelle dont elle ne s'est depuis jamais départie à son égard. Aussi a-t-il averti, par une douzaine de lettres, Mme d'Halincourt, que, si elle en venait à ouvrir une correspondance avec lui, Lenoir finira par la sacrifier elle aussi, tant il a horreur des attachements honnêtes.

C"est là le dernier écrit qui nous soit parvenu de Dutailli. Sans doute Bernardin de Saint-Pierre a-t-il répondu aux Cordeliers de ne plus laisser son frère écrire aux autorités. Le silence se fait. Le 2 novembre 1785, Mesnard écrit à Bernardin : « A la réception, Monsieur, de la lettre que vous m'avez fait l'amitié de m'écrire le 29 octobre, j'ai fait passer sous mon contre-seing celle qui y était jointe à la destination du gardien des Cordeliers de l'Isle-Bouchard. J'y ai inséré votre réponse à M. votre frère après avoir pris lecture de toutes deux ainsi que de la lettre du dernier au ministre. Elle lui prouvera d'autant plus l'aliénation de son esprit, et je ne doute pas qu'elle ne suffise pour déterminer la recommandation nécessaire, suivant votre juste observation, pour prévenir quelque évasion à laquelle doit tendre une tête montée comme celle-là... »

En 1787, le ministre accorde à Bernardin de Saint-Pierre un secours financier pour l'aider à venir en aide à son frère. Jusqu'à la dernière minute, Bernardin secourt son frère : le 9 septembre 1789, Lanier, gardien de l'Isle-Bouchard, lui adresse un reçu de la somme de 100 livres « pour frayer la maladie et soins de M. de Saint-Pierre Dutailli ». Bernardin ajoute même à ses envois d'argent un exemplaire de ses principales œuvres, dans l'espoir que son frère se ressentira des prévenances qu'il a pour les religieux.

Dutailli meurt à l'hospice de la Charité de Tours, le 22 octobre 1791. Le registre des sépultures de l'hospice de la Charité de la commune révolutionnaire de Tours pour l'année 1791 déclare : « Le 23 octobre 1791 a été inhumé par nous soussignés, Joseph Dutailli, décédé d'hier, pensionnaire dans la maison, âgé d'environ cinquante ans, natif de la paroisse de Notre-Dame du Havre, Haute-Normandie, diocèse de Rouen, en présence des infirmiers de cette maison, qui ont dit ne savoir signer. »

Le registre est signé Jeuffrain.

Voici donc un homme qui, élevé dans des idées de

grandeur peu en rapport avec sa situation, cherche dès l'âge de vingt ans une fortune qu'il ne veut devoir qu'à l'aventure et à l'intrigue. Alors que ses frères et sa sœur s'inquiètent de le savoir si loin du foyer, il ne leur répond que par des invectives, et ne veut voir dans leur sollicitude que des preuves de leur jalousie. A bout de ressources, il revient à plusieurs reprises de Saint-Domingue en France, et il n'entreprend ces voyages longs et dispendieux pour l'époque que dans le seul but de revendiquer un titre sur lequel il ne saurait avoir aucun droit. Evincé, il se jette par dépit dans un corps d'insurgents, et il demande à la trahison ce qu'il n'a pu obtenir par l'intrigue. Arrêté et considéré comme coupable, il est ramené en France, mis à la Bastille, où son frère, au bout de quelques entrevues, ne peut plus douter, dit-il, « du désordre de son esprit ». Bernardin obtient à la suite de longues démarches sa liberté ; il la refuse, « car, nous dit son frère éploré, il a encore plus horreur du travail que de la prison ». Transféré au fort de Ham, puis à Saint-Venant, il est mis en liberté, mais il se montre trop inadapté au milieu social pour pouvoir vivre en dehors de la maison de force. Interné à nouveau, il paraît trop lucide aux autorités pour être gardé sous les verroux, et ce n'est qu'au prix des plus grands efforts que l'on obtient un nouvel internement, cette fois, définitif.

De l'observation que nous venons de présenter, nous pouvons retenir que Dutailli est un anormal constitutionnel. Il est tout à fait incapable de se diriger; il dilapide en quelques mois des sommes relativement importantes ; il pousse l'inconscience jusqu'à organiser dans sa ville natale une quête à son profit.

Dutailli commet en outre un acte véritablement criminel : sa trahison. Le plan est beaucoup plus sérieux qu'il ne veut bien dire ; il s'agit en réalité d'un véritable complot. Les historiens sont unanimes sur ce point. Dutailli a vraiment essayé de trahir son pays.

La psychose de Dutailli ressort avec évidence de la longue observation que nous avons présentée. Rappelons les interprétations délirantes de Dutailli ; les démarches bienveillantes de son frère sont, en réalité, la cause de sa détention. Qu'espérer d'une maison où l'on

vous sert chaque jour non pas des haricots comme le prescrit le règlement, mais des fèves de Saint-Domingue pour bien indiquer que l'esprit qui règne à la Bastille ne diffère pas sensiblement de celui qui fleurit dans la colonie? Lorsqu'on lui remet un bon repas, il y a eu erreur. Les plats étaient destinés à un autre prisonnier. Son internement à l'Ile-Bouchard n'a d'autre but que de l'éloigner de la femme dont il est amoureux. Rappelons aussi les revendications, les voyages qu'il fait tout exprès en France pour obtenir un brevet de capitaine d'infanterie auquel il ne saurait avoir aucun droit, et, plus tard, ses sollicitations pour obtenir un emploi dans un port, en réparation du préjudice à lui causé par sa détention. Il ne semble pas avoir de troubles sensoriels. Il parle bien d'insultes qu'il aurait reçues dans la prison de Saint-Domingue, mais il est permis de penser que les gardiens n'étaient pas toujours d'une urbanité extrême avec un individu inculpé de trahison. A la Bastille, il est espionné sans cesse; mais il ne voit ni n'entend les gens qui l'épient. Il nous en donne la raison. Le gouverneur de la Bastille fait de grosses dépenses de graisse afin qu'on n'entende point grincer les verroux des portes, et que les allées et venues des espions soient entourées de silence et de mystère.

Il semble que devant une telle observation, et toutes restrictions étant faites sur la possibilité d'un diagnostic rétrospectif dont mieux que personne nous sentons les difficultés, il semble que l'on soit en droit de considérer Dutailli comme un aliéné raisonnant. Il fait partie de ces paranoïques qui présentent des interprétations et des revendications délirantes avec des anomalies constitutionnelles et des tendances au paralogisme. Il présente plutôt un caractère paranoïque qu'un véritable délire d'interprétation ou de revendication dont nous n'écartons pas tout à fait la possibilité, et que nous rangerions alors dans la variété fruste de MM. Sérieux et Capgras. C'est un de ces déséquilibrés, de ces dégénérés qui offrent au plus haut point dès le début de leur vie ces anomalies du caractère qui peuvent, suivant l'expression de M. Séglas, se résumer en deux mots : orgueil et méfiance... et ces deux traits de la personnalité de Dutailli ne feront que s'exagérer. « Il finit par

me dire, écrit Bernardin, que j'avais toujours été jaloux de ses succès. »

Un certain degré de systématisation n'apparaîtra que beaucoup plus tard. C'est la crainte de voir un ingénieur d'un aussi grand génie se fixer ailleurs qu'à Saint-Domingue qui a poussé le gouverneur de cette colonie à perpétrer contre lui le complot dont il est la victime. Mais tout cela est noyé dans les récriminations de chaque jour. En effet, le malade ne cesse de protester contre ses persécuteurs, notamment contre les gouverneurs des prisons où il séjourne successivement, contre son frère, dont les démarches ne tardent pas à lui sembler louches ; contre les ministres, qui, pourris par le vol et la corruption, se jouent d'une façon indigne de la liberté des malheureux.

Mais pendant les vingt années durant lesquelles nous le suivons dans son délire, jamais n'apparaît la moindre trace d'affaiblissement intellectuel ; et de même que l'absence d'hallucinations nous fait rejeter l'hypothèse du délire chronique, de même la conservation de la mémoire, la lucidité de l'esprit ne nous permettent pas de penser à la démence paranoïde.

Il est de par le monde d'étranges inégalités dans les destinées. Voici deux frères : l'un, Bernardin, dromomane, nerveux, en proie à l'agoraphobie, voyant partout, comme son ami Jean-Jacques, des persécuteurs et des ennemis, partageant son délire, passant sa vie à fatiguer les gens en place par des revendications continuelles, arrive aux honneurs et aux plus lucratives fonctions. Il meurt, laissant chez de nombreux admirateurs d'éternels regrets.

Dutailli, qui présente avec lui une troublante similitude, s'éteint après treize années de souffrance et d'internement, dans l'abandon et le dénûment, sur un misérable lit d'hôpital.

Des troubles gastriques au début des accès maniaco-dépressifs,

par M. ARSIMOLES.

Les modifications fonctionnelles de l'estomac appartenant aux prodromes des états maniaques ou mélancoliques ont été longtemps insuffisamment étudiées. Leur existence même était méconnue dans la folie périodique, et la brusquerie du début des accès était opposée, dans les descriptions classiques, à l'invasion progressive, avec prodromes, de la manie et de la mélancolie. Cependant, même dans cette forme clinique, il existe souvent des phénomènes prémonitoires, parmi lesquels les symptômes gastriques tiennent une place importante. Dans ces dernières années, Willmans a montré l'importance particulière des troubles de la digestion dans la cyclothymie et la folie maniaque-dépressive, et a précisé leur nature et leur pathogénie. M. Kahn, dans sa thèse sur la cyclothymie, les compare à une sorte d'aura. Enfin, Pilcz (de Vienne), dans son article « Psychoses maniaques-dépressives et périodiques » du *Traité international de Psychologie pathologique*, mentionne spécialement ces troubles digestifs qu'on n'observe qu'au début de l'accès psychotique.

Nous nous sommes attaché à les étudier cliniquement sur un certain nombre de malades. Notre souci de les observer dans leur plus grande pureté, et seulement dans des cas où le diagnostic de psychose maniaque-dépressive s'imposait, nous a astreint à une grande réserve dans le choix du matériel clinique utilisable. Les causes d'erreur sont, en effet, nombreuses. Trop souvent, les renseignements fournis par le malade lui-même ou par sa famille sont insuffisants, ou bien de valeur douteuse pour apprécier des symptômes, dont on ne peut bien connaître l'aspect clinique et l'évolution que par une observation minutieuse et de tous les instants. Souvent aussi, ils sont ou modifiés ou masqués par des symptômes surajoutés, quand l'accès suit des excès de boisson, un état puerpéral, par exemple, ou

bien lorsqu'un traitement prolongé au domicile du malade a laissé se développer des troubles gastro-intestinaux secondaires, ou des états de dénutrition profonde, parfois accompagnés de phénomènes autotoxiques.

Par suite de ces réserves nécessaires, nous avons limité à dix le nombre de nos observations. Toutes sont des cas de folie périodique. Elles montrent que les troubles gastriques prodromiques des accès s'observent dans toutes les formes cliniques de la folie maniaque-dépressive, leurs caractères n'ayant nullement été influencés par le mode de succession des phases de la psychose.

Obs. I. — B..., femme L..., cultivatrice, soixante-quatre ans, entre en août 1910 à l'asile de Saint-Venant, où elle avait été déjà traitée pendant deux mois, en 1901, pour mélancolie. Elle est atteinte actuellement de dépression mélancolique avec conscience, inquiétude anxieuse, préoccupations hypocondriaques. Croit être très malade, pense sans cesse à sa maladie, est sûre qu'elle ne guérira jamais. Ayant le sentiment de son impuissance psychique, a demandé elle-même à venir à l'asile.

L'état actuel a débuté, en mars 1910, par des douleurs gastriques et de la constipation : « C'était comme un poids sur l'estomac, et les douleurs diminuaient après les repas. » Lors de l'entrée à l'asile, les symptômes gastriques ont disparu, la constipation persiste seule. Les préoccupations hypocondriaques ne portent pas sur les fonctions digestives. B... se plaint seulement de palpitations et de malaise dans la région du cœur; les nerfs travaillent et elle se gonfle. Elle se plaint surtout de faiblesse générale : ses jambes ne peuvent plus la porter; quand elle est couchée, c'est comme si elle allait mourir. Quelques semaines avant d'être internée, et pour lutter contre sa prétendue faiblesse physique, elle se suralimentait abondamment et prenait divers produits, tels que phosphate de chaux, pilules Pink, etc. A l'asile, elle n'a pas de cesse qu'elle n'ait obtenu un traitement tonique. La dépression atteint rapidement son acmé (anxiété, sitiophobie), puis commence à s'atténuer au bout de six semaines environ. La malade, très améliorée, sort le 31 décembre 1910.

L'observation II montre des troubles gastriques dans des accès de manie intermittente.

Obs. II. — Sophie M..., soixante-dix ans, cultivatrice. Lors de son admission à l'asile (en août 1904), elle présentait des accès de manie intermittente depuis environ deux ans.

Depuis, les crises maniaques se sont reproduites très fréquemment et avec une intensité variable, séparées par des intervalles de plusieurs mois. Au début d'un accès récent, elle commence, un matin, à se montrer difficile, un peu bruyante. Elle se plaint de l'estomac, dit qu'elle sent de l'eau qui remonte de l'estomac. Elle s'alimente suffisamment aux repas. Ces symptômes disparaissent au bout de quatre à cinq jours, quand l'accès est constitué. Santé physique excellente.

Les caractères des troubles digestifs apparaissent nettement dans les deux cas suivants de folie alterne.

Obs. III. — Aurélie W..., journalière, quarante-neuf ans, transférée, en 1892, des asiles de la Seine. Le début de la psychose remonte assez haut dans la vie de la malade : à vingt-neuf ans, elle avait déjà subi trois internements. Les certificats légaux attestent l'existence d'accès d'excitation assez fréquents alternant avec des périodes mélancoliques. Calme à son arrivée à Saint-Venant, elle présente, un an après, un accès de manie très intense et prolongé pendant près de deux ans et demi. Après un léger accès de dépression ayant duré quelques jours en mars 1896, de l'embarras gastrique marque, deux mois après, le début d'un long accès d'agitation, suivi, en août 1897, d'une courte période dépressive, puis d'une rechute. Les notes médicales spécifient que la plupart des accès sont précédés de douleurs névralgiques ou gastralgiques. Une longue phase intercalaire dure jusqu'en octobre 1898; à cette époque survient de la dépression avec prodromes gastralgiques. Le 20 août 1899, contracture des membres inférieurs, céphalalgie, maux d'estomac, annonçant une nouvelle période d'excitation. Depuis, les phases se sont succédées dans l'ordre suivant : intervalle, manie, intervalle, dépression, intervalle, avec une grande régularité, jusqu'en mars 1910, où apparaît un accès intense de manie qui dure encore à l'heure actuelle. Cinq ou six jours avant ce dernier, W.... se plaignait de céphalée et de douleurs gastriques très vives qui l'empêchaient de s'alimenter; toute ingestion d'aliments provoquait des vomissements. Ces phènomènes prémonitoires lui faisaient dire à elle-même qu'elle allait retomber. Dès que l'agitation a débuté, ces troubles gastriques, qui avaient durée cinq à six jours sans répit, ont disparu très rapidement, et la malade a commencé à manger abondamment, même avec avidité. Habituellement, la digestion est normale; aucun trouble dyspeptique.

Obs. IV. — Clara D..., quarante-sept ans. Folie périodique dont le premier accès, à type maniaque, semble s'être produit à vingt-deux ans. Depuis lors, plusieurs internements : l'un en 1896,

un autre en 1908 pour état maniaque de courte durée, le troisième, en janvier 1911, pour accès dépressif. Les diverses périodes, brèves, se reproduisent à longs intervalles (parfois de deux ans); certaines, atténuées, ne nécessitent pas l'internement. La phase dépressive que nous avons pu observer nous-même, est caractérisée par une forte inhibition psychique sans désorientation. Elle s'est installée progressivement et a débuté par de l'insomnie et une lassitude générale. D... avait mal dans les jambes et souffrait de l'estomac : « quelquefois, le manger lui brûlait l'estomac depuis une dizaine de jours ». Léger état saburral de la langue qui disparaît après une purgation. Les troubles gastriques cessent trois jours après l'admission, et la malade commence à s'alimenter normalement. Pas de préoccupations hypocondriaques. Dépression mentale accentuée, qui reste maxima pendant plus d'un mois, et s'atténue ensuite lentement jusqu'à la guérison complète survenue au bout de trois mois. Aucun renseignement certain sur les prodromes des états maniaques.

Les troubles digestifs étaient particulièrement caractéristiques dans les cas suivants de folie à double forme.

Obs. V. — Marie Pl..., cinquante-deux ans, entrée à l'asile en août 1897. Au moment de son admission, était dans un état de dépression psychique avec inhibition intellectuelle très accentuée. Quatre mois après, période d'excitation maniaque ayant duré une huitaine de jours, avec confusion des idées. D'après les notes médicales, il existe chaque année un accès dépressif ; dans l'intervalle, est calme et s'occupe. En juin 1905, excitation maniaque suivie de dépression, puis de phase intercalaire. Depuis lors, le cycle se reproduit annuellement. Débilité intellectuelle.

Le début des accès maniaques est marqué par des troubles gastriques à la fois objectifs et subjectifs, que nous avons observés lors du dernier accès. Le 23 janvier 1911, la malade devient irritable et un peu hostile envers la surveillante, mais continue à travailler. Elle se plaint de l'estomac : elle sent quelque chose de « sur » qui remonte le long de l'œsophage; elle a comme un poids sur l'estomac. Eructations, sans vomissements. S'alimente à peine. La langue est saburrale; un purgatif administré deux jours après nettoie la langue. Pl... commence à s'agiter. Un peu plus calme le 27 janvier, est très agitée le lendemain. A partir de ce moment, l'accès maniaque dure environ un mois. Dans la période d'état, la malade s'alimente assez bien, et ne présente aucun trouble digestif. Quelques idées

hypocondriaques très mobiles, sans consistance et sans rapport avec les fonctions digestives.

Obs. VI. — Louise D..., institutrice, cinquante-cinq ans, entrée à l'asile en décembre 1898 en plein accès maniaque. Cet accès, accompagné d'exagération de la personnalité, fut suivi de mélancolie avec anxiété et sitiophobie. Faute de renseignements suffisants, nous n'avons pu reconstituer exactement la succession des phases de la psychose. Nous savons seulement que, pendant toute la durée de son séjour à l'asile, D... a présenté de rares accès maniaques, dont deux, particulièrement intenses, ont duré chacun plus de six mois. Depuis deux ans, nous n'en avons pas observé. La malade, depuis que nous la connaissons, était lucide, calme bien qu'un peu irritable, jusqu'en septembre 1910. A ce moment débute un accès de dépression psychique (qui dure encore aujourd'hui) avec les prodromes suivants : un beau jour, tout en s'occupant comme d'habitude, elle devient sombre, taciturne, parlant très peu et avec effort. Pendant plusieurs jours, elle se plaint de constipation opiniâtre, de douleurs lombaires. Elle a toujours mal à l'estomac, accuse de fausses sensations de faim ; elle demande à manger à tout instant de la journée, et insiste jusqu'à ce qu'on ait satisfait à ses demandes. A table, elle refuse le rôti, les œufs qui font partie de son régime, et mange à peine ; dans l'intervalle des repas, elle se nourrit de chocolat, de tartines de pain beurrées, de jambon, de pain d'épice, de salade, de café, dont elle a tendance à abuser ; elle ne prend plus de vin, parce qu'il lui fait du mal. Ces troubles fonctionnels avec pica cessent au bout d'une quinzaine de jours. Dans la période d'état, la malade est encore difficile dans le choix de ses aliments, mais se nourrit bien, et à des heures plus régulières.

Obs. VII. — N..., vingt et un ans, pupille de l'Assistance publique, entrée à l'asile en octobre 1907. Elle souffre depuis l'âge de quinze ans d'accès fréquents de dépression mélancolique avec anxiété et idées de suicide. Ces accès sont précédés, pendant quelques heures, d'excitation maniaque, et suivis d'intervalles lucides. Ils se répètent en général tous les mois, et ont une durée moyenne de dix jours.

Les accès sont annoncés très régulièrement par des troubles gastriques et de la céphalalgie. Brusquement, soit au matin, soit à un moment quelconque de la journée, elle commence à se plaindre de douleur au creux épigastrique ; elle s'alimente à peine ce jour-là, mais en revanche boit une quantité appréciable de tisane, et demande de la réglisse pour l'aider à digérer. Le lendemain, elle ne travaille plus, s'agite, devient taquine, chante et danse dans la salle, en riant, et se défaisant de ses vêtements, qu'elle jette en l'air. La phase mélancolique débute tout d'un

coup par des tentatives de suicide. Les troubles gastriques disparaissent alors. Pendant toute la durée de cette phase, il existe de la sitiophobie, de cause exclusivement psychique. Dans les périodes intercalaires, la santé physique est excellente, et les fonctions digestives s'accomplissent d'une façon parfaite.

D'après les observations précédentes, il semble que les troubles gastriques n'existent, dans beaucoup de cas à double forme, que dans une seule de ces deux formes, tantôt au début des accès maniaques, tantôt dans les prodromes des accès dépressifs. Peut-être même, les trouverait-on plus souvent dans les premiers, mais sans que nous puissions rien affirmer sur ce point. Lorsqu'on les observe, chez un malade, dans le début des deux phases, ils paraissent moins constants dans l'une d'elles : cela ressort nettement d'une observation de M. Rey publiée dans les *Annales médico-psychologiques* (janvier 1886).

Dans son *Traité clinique de la folie à double forme*, M. Ritti a signalé, après Marcé, l'importance des signes de la période de passage d'une phase à une autre au point de vue du diagnostic, et apporte une observation des plus probantes de folie circulaire avec boulimie vers la fin de la période de dépression. Les trois cas suivants sont également une preuve de l'importance des troubles digestifs dans la période de transition.

Obs. VIII. — D..., veuve T..., institutrice, cinquante ans, entrée à l'asile pour la troisième fois en mai 1898. La psychose avait débuté à l'âge de vingt-huit ans par un accès de mélancolie délirante de courte durée. Nouvel accès dépressif l'année suivante, avec inhibition psychique et idées hypocondriaques. Sept ans après, ayant tué son mari au début d'un accès maniaque, au moment où elle allait être réinternée, elle bénéficie d'un non-lieu et revient à l'asile. Depuis lors, les phases de la psychose se sont succédées avec une circularité nette pendant plusieurs années. Chacun des accès est de longue durée, et les périodes de manie sont particulièrement intenses. Depuis que nous l'observons, D... a présenté une courte période maniaque en janvier 1909, suivie d'une longue phase dépressive, avec inhibition psychique, pendant laquelle elle est un peu triste, dit s'ennuyer et être fatiguée de travailler, tout en s'occupant régulièrement. Cet état de dépression, interrompu en juillet 1910 par un bref accès d'hypomanie, dure jusqu'à fin décembre 1910.

A ce moment se prépare l'éclosion d'un nouvel accès maniaque. D... devient irritable, instable, prétend être à l'asile non pour travailler, mais pour inspecter ce qui s'y passe, se plaint d'être mal nourrie, et devient difficile pour le choix de ses aliments. S'alimente encore très bien cependant. Vers le 15 février 1911, elle cesse de s'occuper. Son appétit est diminué, elle mange à des heures très irrégulières. Elle se plaint de souffrir de l'estomac (tiraillements), et demande de l'anis pour faciliter la digestion. Une seule fois, vomissements. Pas de constipation. La langue est saburrale, mais humide. Une purgation diminue cet état saburral. Au bout de quatre à cinq jours, ces troubles gastriques disparaissent complètement. L'état maniaque est alors constitué. Il évolue encore actuellement avec ses symptômes caractéristiques, mais sans l'ombre de troubles dyspeptiques, qui, du reste, n'existent jamais en dehors de la phase prodromique des accès maniaques.

Obs. IX. — B..., femme D..., plumassière, quatre-vingt-cinq ans, transférée des asiles de la Seine en 1890 avec le diagnostic d'excitation intellectuelle, idées de persécution et idées ambitieuses, léger affaiblissement intellectuel. Elle était, à son arrivée à Saint-Venant, en pleine excitation maniaque, loquace et prolixe euphorique, formant des projets puérils. Un peu plus tard, tout en travaillant régulièrement, devint querelleuse, taquine et criarde. Dans ces dernières années, B... a présenté trois accès de dépression psychique à longs intervalles (deux ans environ); ces accès, de courte durée (le dernier, survenu en août 1910, a duré environ deux mois), étaient séparés par des états maniaques prolongés. Les périodes se succèdent d'une façon régulière.

Les accès de dépression ont constamment débuté par des phénomènes gastriques subjectifs : la malade se plaint de douleurs gastriques, qu'elle localise nettement, sur notre demande, à l'épigastre; elle ne sait pas analyser ces douleurs. Elle s'alimente peu. Il n'existe pas de constipation, mais au contraire de la diarrhée. Ces troubles gastriques durent huit jours environ, pour disparaître ensuite sans purgatif et sans traitement gastrique. Pendant la période d'état des accès dépressifs, l'inhibition psychique l'empêche de prendre elle-même ses aliments. Les fonctions gastriques s'accomplissent très bien d'habitude, malgré l'apparition, de temps à autre, de flux diarrhéique.

Obs. X. — B..., Pauline, tulliste, quarante-six ans, a fait plusieurs séjours à l'asile de Saint-Venant pour des accès maniaco-dépressifs, dont le premier remonte à l'âge de quinze ans. Jusqu'à vingt et un ans, plusieurs accès, dont nous ignorons l'aspect clinique, ont évolué avec une atténuation suffisante pour ne pas exiger l'internement. Traitée pour la première fois

à l'asile en 1886 pour manie accompagnée d'idées ambitieuses, B... sort guérie au bout de trois mois, rentre à nouveau l'année suivante pour un accès de même forme qui dure huit mois. Réinternée en septembre 1889 pour état maniaque, la malade entre en janvier 1890 dans une phase de dépression avec stupeur, qui s'atténue après plusieurs mois. Depuis, sa vie à l'asile est une suite ininterrompue d'états maniaques dont les plus intenses durent en moyenne près d'un an, et de périodes de dépression, parfois avec stupeur, également de longue durée. Les accès maniaques tendent actuellement à devenir plus fréquents et débutent tous d'une façon identique. Il nous suffit donc de décrire la phase prodromique du dernier accès, que nous avons observée en mai 1911. Cet accès s'est annoncé environ deux mois avant par de légères modifications de l'humeur : B... était devenue facilement irritable, surtout au moment des règles, riait à tout propos, commençait à amuser ses compagnes par ses grimaces. Elle continuait cependant à s'alimenter normalement, dormait bien et travaillait régulièrement. Ce changement était fait de nuances perceptibles seulement à une observation attentive, et marquait la fin prochaine de la dépression. Celle-ci s'est accompagnée de phénomènes nerveux ayant apparu la nuit à trois reprises différentes : la malade sentait « quelque chose remonter de l'estomac », et cela l'étouffait, disait-elle. Insomnie. En même temps, elle se plaint de sensations de tiraillement dans l'estomac. Nausées. Elle s'alimentait irrégulièrement, mangeait le soir avec excès, parce que l'estomac « lui tirait », et avait parfois des vomissements nocturnes. Elle demandait souvent, dans la journée, quelque chose pour digérer, et indifféremment du chocolat, des pastilles, des boules de gomme, etc. Au bout d'une douzaine de jours, agitation franche ; les troubles gastriques s'atténuaient, puis disparaissaient rapidement ; retour à une alimentation normale et abondante. Les phénomènes subjectifs cessaient également.

La malade n'est pas dyspeptique et jouit d'une bonne santé habituelle.

De tous ces faits cliniques, on peut déduire quelques considérations intéressantes. Il semble que, lorsqu'il existe des troubles gastriques (ils manquent parfois, mais nous ignorons leur degré de fréquence), ils occupent très souvent le premier rang parmi les signes prodromiques de l'accès, confirmant ainsi la remarque de Féré : « Les troubles gastriques sont, avec la courbature et l'insomnie, les premiers signes prodromiques de la folie. » Leur intensité est très variable : quelquefois

atténués et passant presque inaperçus, ils sont d'autres fois très intenses et très pénibles. Leur aspect clinique diffère suivant les malades, mais on est frappé de ce fait qu'il est identique à lui-même chez un même malade au début de tous ses accès.

Il existe deux sortes de symptômes, les uns subjectifs, les autres objectifs. Les premiers, qu'il est facile de distinguer des plaintes hypocondriaques, consistent le plus souvent en crampes, tiraillements d'estomac, fausses sensations de faim, sensation de pesanteur, de brûlure épigastrique ou œsophagienne, éructations, etc., et sont très analogues aux symptômes subjectifs de la dyspepsie nerveuse. Les signes objectifs traduisent l'embarras gastrique à divers degrés (langue saburrale, inappétence, vomissements, etc.). Il importe de remarquer la disproportion fréquente entre l'embarras gastrique et les signes subjectifs : même quand ceux-ci sont intenses, la langue peut être humide et à peine chargée. Cette absence de parallélisme montre que l'embarras gastrique ne suffit pas à expliquer ces symptômes subjectifs.

Une des particularités les plus intéressantes de ces phénomènes gastriques est leur disparition fréquente au moment où l'accès est constitué. Un purgatif les atténue parfois ; mais ils cessent d'habitude spontanément, et sont par suite sans rapport avec les symptômes gastro-intestinaux de la période d'état. Ils s'opposent même parfois à ces derniers dans les états maniaques : plusieurs de nos observations montrent le retour à une alimentation normale, sinon même abondante, pendant le cours de l'accès, de façon à compenser les effets nuisibles de l'agitation sur la nutrition.

Comment interpréter ces troubles somatiques? Quelle est leur nature? Il nous paraît probable qu'ils correspondent à une modification passagère des fonctions gastriques, mais nous ne connaissons pas celle-ci, n'ayant pu examiner le chimisme gastrique de nos malades. Y a-t-il diminution ou exagération de la sécrétion gastrique? L'examen du contenu de l'estomac, s'il a révélé dans la manie une légère hyperacidité, n'a donné chez les mélancoliques, dans la période d'état, que des résultats variables et incertains. Outre que les troubles

sécrétoires sont loin de constituer toute la pathologie gastrique, il resterait encore, s'ils étaient connus, à déterminer leur cause. L'hypothèse d'une auto-intoxication causale, par ralentissement passager d'altérations humorales primitives sur les fonctions digestives, pour si rationnelle qu'elle puisse être, ne nous paraît pas satisfaisante. Nous ignorons tout du processus biologique qu'elle suppose, et nous ne pouvons par suite l'appuyer sur aucune preuve. Chez nos malades, nous n'avons jamais observé les signes de confusion mentale sans lesquels nous ne pouvons aujourd'hui poser un diagnostic étiologique d'intoxication.

Peut-on, d'autre part, considérer ces phénomènes gastriques comme primitifs, et leur subordonner l'accès maniaco-dépressif qu'ils annoncent? En s'appuyant sur la transformation de l'humeur qui résulte d'un simple malaise gastrique, d'une indigestion chez un sujet sain, et sur la guérison de troubles psychiques, chez des dyspeptiques, par le traitement de l'affection gastrique, nombre d'observateurs et, parmi eux, des psychiatres, attribuent aux affections digestives un rôle étiologique important dans la production des psychoses : Schüle admettait une mélancolie intestinale; Krafft-Ebing considérait le catarrhe aigu et chronique de l'estomac comme capable de provoquer la mélancolie à teinte hypocondriaque; Kirn admettait des psychoses périodiques d'origine périphérique. Il y a lieu, pensons-nous, de distinguer entre deux catégories de faits très différents : s'il existe, sans aucun doute, des troubles psychiques d'origine digestive, il existe d'autre part des troubles dyspeptiques de cause psychique ; les phénomènes somatiques que nous étudions se rangent parmi ces derniers. Outre que les accès maniaco-dépressifs diffèrent totalement, par leur aspect clinique, des neurasthénies dyspeptiques qui constituent la meilleure part des faits du premier groupe, nous n'avons aucune preuve nous permettant de les faire dépendre de troubles physiques, alors que souvent ils éclosent sans cause connue. Chez deux de nos malades, l'humeur s'était modifiée, et l'équilibre psychique était déjà rompu, quand les troubles digestifs prodromiques de l'accès ont apparu. Ici enfin, il n'y a aucun parallélisme d'évolution entre troubles

gastriques et psychiques, ceux-là disparaissant quand l'accès est constitué.

Nous avons dit que les troubles gastriques prémonitoires des accès périodiques déterminent des symptômes analogues à ceux de la dyspepsie nerveuse. Nous sommes porté à penser qu'ils sont la manifestation de troubles de l'innervation gastrique, aussi bien de l'innervation sensitive et vaso-motrice que de l'innervation motrice et sécrétoire. Troubles gastriques et troubles mentaux montrent cliniquement une certaine indépendance réciproque, et les premiers se révèlent à peu près identiques, que l'accès soit maniaque ou qu'il soit dépressif. Dès lors, loin d'être subordonnés les uns aux autres, tous deux dépendraient directement d'une cause commune, l'altération du système nerveux central. Telle est l'opinion soutenue par Willmans, et que nous sommes disposé à adopter. Seuls les troubles de l'innervation stomacale expliquent la plupart des symptômes gastriques observés. Ils expliquent aussi la fugacité de ces phénomènes, qui ne sont liés à aucune affection organique de l'estomac : chez nos malades, les fonctions digestives sont habituellement parfaites. Ces caractères définissent la dyspepsie nerveuse telle que la comprend Bouveret. Nous dirons donc que nos malades atteints de psychose maniaque-dépressive sont souvent avertis de l'éclosion imminente d'un accès par l'apparition des symptômes d'une dyspepsie nerveuse généralement bénigne et fugace, qui s'évanouit sans aucun traitement local.

Willmans a attiré l'attention, avec insistance, sur le danger, chez les cyclothymiques, de méconnaître l'origine psychique des troubles digestifs, dont la prédominance dans le tableau clinique des états dépressifs conduit trop souvent à des erreurs de diagnostic, et à une thérapeutique antidyspeptique toujours inopportune. On tomberait dans les mêmes erreurs, dans le diagnostic de la folie maniaque-dépressive et dans son traitement, si l'on méconnaissait la valeur des phénomènes gastriques prémonitoires que nous venons d'étudier

DISCUSSION

M. Vigouroux. — Si j'ai bien compris, M. Arsimoles considère que les troubles gastro-intestinaux qu'il a observés au début des accès maniaques de certains intermittents n'ont aucune signification pathogénique, et que même il admet que ces troubles physiques sont sous la dépendance de l'état cérébral. Je ne partage pas son opinion, et je crois que dans des cas semblables on ne doit pas affirmer que l'auto-intoxication qui se révèle par les troubles gastro-intestinaux, n'a pas d'action sur la genèse des troubles mentaux. J'ai observé des accès de manie intermittente qui se manifestaient à l'occasion de poussées paroxystiques de néphrite ; on en a cité au cours d'insuffisance hépatique, et comme je le disais à la dernière séance, j'estime qu'à côté des accès maniaques que nous devons, jusqu'à plus ample informé, considérer comme idiopathiques, un certain nombre déjà doivent être regardés comme symptomatiques d'infections ou d'intoxications diverses. Ce point a une grande importance au point de vue thérapeutique.

M. Arsimoles. — Je me suis efforcé de montrer que les troubles gastriques survenant immédiatement avant l'accès maniaque, chez certains maniaques dépressifs, ne s'accompagnent pas du cortège habituel des troubles mentaux dus aux intoxications et aux auto-intoxications ; c'est ce qui m'a permis de les considérer comme étant d'origine psychique ; mais je n'applique mes remarques qu'à ces troubles dyspeptiques seulement.

D'autre part, lorsque je parle de thérapeutique inopportune, je prétends surtout faire allusion au traitement institué par les médecins qui méconnaissent l'élément psycho-névropathique, chez certains sujets se plaignant à eux de désordres du fonctionnement gastro-intestinal ; mais je suis loin de méconnaître le bon effet, dans de nombreux cas, du traitement d'une affection viscérale sur l'évolution de troubles mentaux parallèles.

La séance est levée à 5 h. 30.

J.-M. Dupain et A. Juquelier.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

SOCIÉTÉS SAVANTES

Société clinique de médecine mentale.

Séance du 20 *mars* 1911.

I. — *Accès maniaque chez une femme nouvellement accouchée*; par le Dr Picqué. — Il s'agit d'une jeune malade qui, après avoir accouché sans accident, a présenté, deux jours après sa sortie de l'hôpital, un accès maniaque qui l'a amenée dans mon service de Sainte-Anne. Un curettage pratiqué de suite a permis de constater l'existence de nombreux débris placentaires dans la cavité utérine. La fièvre et le délire ont disparu simultanément et très rapidement.

La corrélation semble évidente. Les accès maniaques peuvent guérir spontanément, et l'on pourrait alors invoquer la coïncidence. Il ne faut pas oublier tout d'abord que les foyers infectieux peuvent s'éteindre spontanément, dès lors un accès maniaque disparaît seul; on n'est pas autorisé à dire qu'il s'en développe en dehors de l'infection. Dans ce cas, comme dans beaucoup d'analogues, l'argument de la coïncidence a contre lui la rapidité avec laquelle disparaît l'accès maniaque.

Quant aux échecs qu'on invoque encore contre l'utilité de l'intervention, il faut également tenir compte du temps écoulé depuis l'apparition de l'accès maniaque jusqu'à l'intervention. Tel délire qui peut guérir si l'on supprime dès son apparition la cause qui lui a donné naissance, devient incurable si l'on n'intervient pas à temps.

II. — *Les aliénés dans l'armée*; par le Dr Pactet. — M. Pactet présente un jeune malade, de faible niveau intellectuel, qui, après s'être engagé, ne tarda pas, après avoir encouru de nombreuses punitions au régiment, à déserter. En prévention de conseil de guerre, il fut soumis à une expertise médico-

légale et réformé. Il s'agit ici d'un sujet qui, avant son engagement, avait donné la preuve de son inadaptabilité à tous les milieux où il avait vécu.

Les faits de ce genre doivent être signalés dans le but de favoriser l'action des médecins de l'armée qui, avec une vue très nette des exigences de la collectivité militaire, s'efforcent, non sans se heurter à de vives résistances, d'en éliminer les éléments inutilisables et nuisibles.

M. Chavigny insiste sur ce que le public, comme les administrations diverses, ne devrait pas pousser les débiles mentaux à s'engager. Ils font de déplorables soldats et il faudrait que la presse fasse passer ces notions dans le grand public.

M. Colin. — La question sera portée lundi prochain devant la Société médico-psychologique par mon interne, M. Beaussart, qui a dressé des tableaux-graphiques résumant l'existence de ce genre de malades. Vous pourrez voir sur ces tableaux le résultat déplorable du service militaire, soit après l'engagement volontaire, soit à la suite de l'incorporation légale.

III. — *Une mystique thérapeute*; par le Dr Dupain. — M. Dupain montre une malade d'une quarantaine d'années, déjà traitée à Ville-Evrard, il y a une quinzaine d'années, pour un accès délirant hallucinatoire et qui présente, depuis cinq ans environ, un délire religieux avec des illusions, des interprétatations délirantes, des hallucinations multiples, des idées de persécution et de grandeur, des préoccupations mélancoliques. Elle se dit en communication avec Jésus, et l'esprit de Dieu, de son Céleste Père, qui la guide et la conseille, l'a chargée d'une mission toute spéciale. Elle possède le don de guérir par la méditation et la prière. Pour se guérir elle-même, comme le lui dit la *voix intérieure* et prêcher d'exemple, elle se nourrit exclusivement de végétaux, se rase les cheveux, recouvre son corps d'un vêtement particulier et marche pieds nus; revêtue de son costume spécial, elle parcourait les rues de Paris en offrant aux passants son programme de guérison.

IV. — *Paralysie générale juvénile chez une jeune fille de dix-neuf ans*; par le Dr Leroy. — Il s'agit d'une jeune fille de dix-neuf ans, atteinte de paralysie générale ayant débuté vers l'âge de treize ans. Au point de vue mental, on constate une démence simple, sans délire, avec apathie et insouciance remarquables. Au point de vue physique, de l'hésitation de la parole, de l'inertie pupillaire, pas de nystagmus; de l'incoordination motrice des jambes, de l'exagération des réflexes avec clonus

du pied et de la rotule du côté gauche; pas d'apraxie, pas d'ictus apoplectiforme ni épileptiforme.

Cette jeune malade ne présente aucun symptôme de syphilis héréditaire ou acquise, mais la ponction lombaire, pratiquée deux fois, à cinq mois d'intervalle, a été chaque fois positive.

V. — *Rémission incomplète au cours de la paralysie générale*; par les Drs Libert et Hamel. — Les auteurs présentent une malade qui offre une curieuse dissociation des troubles mentaux, en même temps qu'une marche régressive de quelques signes importants. La dysarthrie et les idées de grandeur qui existaient au début, il y a un an, ont disparu. Les facultés syllogistiques et la mémoire paraissent intactes: mais il existe une démence des actes profonde. La malade collectionne des objets disparates, exécute des travaux de couture absurdes, elle est malpropre et puérilement coquette. Le fonds mental est démentiel, les apparences, au contraire, sont sauvegardées.

VI. — *Aphasie sensorielle avec anarthrie et syndrome pseudo-bulbaire. Intégrité presque complète des facultés intellectuelles sept ans après le début de l'affection*; par les Drs Marcel Briand et Maurice Brissot. — Il s'agit d'une jeune femme de vingt-neuf ans, atteinte, depuis plusieurs années, d'aphasie sensorielle avec anarthrie absolue et chez laquelle il n'existe, à l'heure actuelle, qu'un déficit très peu marqué de l'intelligence.

Les auteurs insistent sur ces deux faits : 1° Que la malade est capable de faire un testament mystique; 2° qu'elle est susceptible d'apprendre un langage conventionnel analogue à celui qu'emploient les sourds-muets pour converser entre eux et témoigner en justice.

VII. — *Déficit intellectuel chez deux psychoses de Korsakoff anciennes*; par les Drs Ferret et Terrien. — Les auteurs présentent deux malades entrées à l'asile, il y a trois ans, avec un syndrome de Korsakoff typique. Actuellement, elles accusent, comme déficit intellectuel, une amnésie de fixation totale et des troubles de jugement. Les malades, inconscientes de la gravité de leur état, se montrent capables d'apprécier de façon judicieuse ce qui se passe autour d'elles.

VIII. — *Interprétations délirantes et idées de persécution chez une déséquilibrée;* par le Dr Fillassier. — Il s'agit d'une malade âgée de cinquante et un ans, atteinte de délire de persécution, et chez laquelle les interprétations sont très abondantes. En revanche, il n'y a pas d'hallucinations apparentes. Les parents de la malade ne se sont aperçus de son état que vers

1908 ; au contraire, celle-ci fouille dans son passé et interprète des faits qui se sont passés il y a plus de vingt ans. Faut-il y voir un délire rétrospectif si fréquent chez les interprétateurs? faut-il se demander, si la malade méfiante, réticente, n'a pas su dissimuler longtemps son délire?

IX. — *Paralysie générale associée. Présentation de pièces et de préparations* ; par les Drs Vigouroux et Leroy. — MM. Vigouroux et Leroy présentent les pièces anatomiques et les préparations histologiques d'une malade présentée par M. Leroy en 1908. Il s'agit d'une méningo-encéphalite diffuse où les lésions sont associées à des lésions de sclérose artérielle et d'endartérite.

Séance du 21 *avril* 1911.

I. — *Paralysie générale et tabes conjugal* ; par le Dr Trenel. — M. Trenel présente deux malades atteints de paralysie générale et de tabes conjugal.

L'accident primitif est simultané chez le mari et la femme. La date du début du tabes chez le mari n'est pas précisée; il a surtout des douleurs fulgurantes et de la dysurie. Il a présenté récemment des accidents tertiaires.

La femme étant devenue nerveuse depuis deux ou trois ans, quinze jours avant son entrée elle a une vive émotion, provoquée par l'arrestation de son mari sous prétexte d'exhibitionnisme (à l'occasion d'accidents dysuriques). Rapidement, trouble intense de sa conscience, agitation extrême. Cette agitation incohérente persiste plusieurs mois, puis tombe très rapidement. La malade se montre actuellement, au bout de dix mois, bien orientée, a conscience de son état morbide. Comme signe physique, elle ne présente qu'un myosis double extrême avec signe d'Argyll. Les réflexes rotuliens ne sont pas abolis. La rémission est presque complète.

II. — *Paralysie générale conjugale* ; par le Dr Leroy. — Pour compléter la communication précédente, M. Leroy présente deux nouveaux cas de paralysie générale conjugale.

L'une des deux malades est devenue paralytique générale six mois après le décès de son mari, mort à Vaucluse. Le mari était tombé malade huit ans après l'infection et avait été malade pendant cinq ans.

L'autre malade a un mari atteint de tabes et de paralysie générale, soigné actuellement à l'asile de Villejuif ; l'infection

remonte à vingt ans. M. Leroy discute le problème de la syphilis à virulence nerveuse.

III. — *Rémission dans la paralysie générale*; par le Dr Trenel. — Il s'agit d'une femme paralytique, entrée dans un état d'incohérence complète. Retour à une intégrité mentale en apparence complète, les signes physiques se réduisent à des troubles pupillaires. A propos de cette malade, ainsi que de la malade précédente et d'une autre présentée dans une séance antérieure, se pose la question difficile de la mise en liberté des paralytiques généraux en rémission.

IV. — *Un cas d'apraxie*; par le Dr Truelle. — M. Truelle montre une femme qui présente de l'apraxie unilatérale gauche, aussi marquée dans la non-manipulation que dans la manipulation des objets, dans les actes simples que dans les complexes, plutôt exagérée dans l'imitation des mouvements, laissant indemnes les actes habituels, et qui, par suite, devrait être rangée dans la forme idéo-motrice de Liepmann. Mais des troubles intellectuels importants (amnésie, désorientation, aprosexie, persévération), et, à certains moments, la généralisation de l'apraxie, font que, par certains côtés, elle apparaît comme idéatoire; d'autre part, il existe pour la main gauche de l'asymbolie et de l'astéréognosie, d'où également origine sensorielle de l'apraxie.

Rapproché d'un autre cas, présenté à la même Société en mai 1910, celui-ci prouve que les diverses variétés d'apraxie se rencontrent souvent, sinon toujours, chez le même sujet.

V. — *Un cas de maladie de Dercum*; par les Drs Truelle et Bessière. — Il s'agit d'une femme de trente-huit ans, présentant une adipose diffuse, laissant indemnes les extrémités, la face, le cou et la partie supérieure du thorax; douleurs à la pression et crises douloureuses spontanées; asthénie musculaire et psychique, troubles de la mémoire; phénomènes vertigineux et attaques épileptiques, bourdonnements d'oreilles, tremblements, crises sudorales, etc. Symptômes pluriglandulaires, et, en particulier, insuffisance ovarienne.

VI. — *Un suicide chez un paralytique général*; par le Dr Vigouroux. — M. Vigouroux présente les préparations histologiques provenant du cerveau d'un paralytique général de vingt-six ans. Ce malade, syphilitique depuis dix ans, avait présenté des troubles du caractère depuis quelques mois, il se rendait compte de sa situation et parvint à se suicider. Au moment de sa mort, il n'avait aucun signe physique de mé-

ningo-encéphalite. Cependant, l'examen des coupes montre les altérations banales de la paralysie générale.

VII. — *Du danger pour les épileptiques de s'endormir dans le décubitus abdominal. Considerations médico-légales;* par le Dr Briand. — M. Marcel Briand montre les photographies d'une épileptique ayant contracté l'habitude de dormir dans le décubitus abdominal et qui succomba par suffocation, étouffée par son oreiller. Le désordre des couvertures du lit, l'attitude du cadavre, la présence de salive sanguinolente sur le traversin, auraient pu faire croire à un homicide.

VIII. — *Les aliénés au Maroc. Moristans et prisons. Moyens de contrainte*; par les Drs Lwoff et Sérieux. — MM. Lwoff et Sérieux, chargés de mission au Maroc, communiquent quelques résultats de leur enquête. Les aliénés inoffensifs, ou qui paraissent tels, errent en liberté, mendient, se promènent quelquefois tout nus. Ce n'est que quand ils ont des idées mystiques qu'on les considère comme « des saints »; souvent, les auteurs en ont vu poursuivis par des bandes de gamins sous les yeux de la foule qui riait. Ces aliénés libres, souvent méconnus, constituent un véritable danger social. Ils présentent l'élément agressif et violent de tous les mouvements populaires. C'est également parmi eux que se recrutent les auteurs des attentats et des meurtres commis sur les Européens, etc. Quelques aliénés sont gardés dans les familles, attachés et maltraités. Quelquefois, mal gardés, devenus dangereux pour les voisins, ils sont tués par eux. Les autres malades violents sont placés dans les Moristans (1) et dans les prisons.

Le Moristan de Fez, qui date du xve siècle, est le plus connu. Une quinzaine de malades y vivent pêle-mêle avec des furieux, des contagieux. Ils portent tous au cou un lourd collier en fer (770 grammes), que les auteurs présentent à la Société. Une chaîne, rivée au mur, assez longue pour leur permettre d'arriver jusqu'à l'entrée de leur cabanon, est fixée au collier.

Alimentation : deux pains sans levain par jour. Literie : natte par terre. Couverture : burnous. Nul médecin ne pénètre dans ces lieux. Le plus grand nombre des malades dangereux sont dans les prisons. Ils portent constamment des entraves formées d'une barre pesante de fer et deux anneaux (poids

(1) Moristan, sorte de prison annexée aux mosquées; peu de malades y sont traités.

total : 1.550 grammes). Au moment du coucher, tous les aliénés et prisonniers de droit commun s'assoient le long des murs, sur leurs nattes, se mettent leur collier au cou. Par des anneaux qui se trouvent dans chaque collier, un prisonnier passe le bout d'une chaîne, la transmet à son voisin, qui en fait autant, et ainsi de suite. La chaîne les lie en une sorte de chapelet de grappe humaine. Ils se couchent sur leurs nattes. Tout mouvement latéral serre le cou des compagnons de chaîne, d'où immobilité forcée pendant la nuit. Ils sont abrités de la pluie, mais pas contre l'air extérieur. Comme couverture, un burnous, le plus souvent en lambeaux. Alimentation : pour les privilégiés, deux pains et de l'eau; pour les autres, de l'eau; ils vivent de ce que leur apportent des parents et des gens charitables.

Hygiène déplorable. Épidémies meurtrières habituelles. Nul médecin ne pénètre dans les prisons, où les aliénés, le plus souvent méconnus, traînent une existence lamentable.

Séance du 15 *mai* 1911.

I. — *Symbolisme dans une psychose interprétative ;* par les Drs Leroy et Capgras. — Présentation d'une femme de quarante ans qui, depuis une année environ, se croit fille de Napoléon III, par suite d'interprétations excessivement curieuses. Tout chez elle donne lieu à des interprétations délirantes et à des images symboliques, qu'elle décrit avec une sûreté de mémoire et une précision de détails remarquable. Les calculs sur l'âge de ses enfants, la date de leur naissance, le nombre des dents qui leur restent, le vol des oiseaux, etc. Tout ceci devient, selon elle, la preuve indiscutable qu'elle est la fille de Napoléon III.

Les auteurs rappellent à ce propos la Kabbale où, d'après des combinaisons de lettres, des interprétations cryptographiques, les kabbalistes en arrivent à connaître les lois ou les essences de la création.

II. — *Délire mystique et ambitieux chez une débile* (*longue période latente avant l'internement*); par les Drs Juquelier et Fillassier. — Il s'agit d'une malade, âgée de trente-six ans, qui eut des hallucinations de couleur mystique dès sa douzième année, et qui, ayant organisé, à la suite de la répétition de ces hallucinations, surtout visuelles, un délire systématisé ambitieux avec quelques idées de persécution, n'a cependant été internée

que tout récemment. Il a fallu, pour provoquer cet internement, une démarche à l'Archevêché, ordonnée par une inspiration de la Vierge. Les auteurs font remarquer, en dehors de la longue période latente du délire, la précocité, la fréquence et la diversité des hallucinations visuelles, ce qui n'exclut pas l'intervention, dans l'organisation du système délirant, d'hallucinations auditives, d'illusions, d'interprétations variées.

La malade a été chargée par Dieu de missions multiples, qui lui faciliteront le sacrement du mariage. Elle triomphera par la prière et n'accepte pas l'idée de frapper elle-même un des ennemis de l'Église ou un de ses propres ennemis.

III. — *Troubles mentaux récidivants chez deux sœurs*; par les Drs Leroy et Trenel. — Présentation de deux sœurs ayant des antécédents chargés du côté maternel; une tante maternelle a eu plusieurs accès délirants, morte internée.

La première malade est une dégénérée, ayant eu, à plusieurs reprises, des troubles névropathiques avec syncope, qui a présenté à la suite un délire mystique transitoire avec hallucinations de la vue, troubles de la personnalité et hallucinations psycho-motrices.

La deuxième malade a eu, depuis l'âge de treize ans, plusieurs accès de forme maniaque (logorrhée, fuite des idées, agitation motrice), mais présentant aussi un certain polymorphisme en raison de l'existence d'hallucinations auditives. Le trouble mental est tel que, au début de la maladie, on avait soupçonné une paralysie générale. Une sœur est morte en quatre jours, dans un accès qualifié de congestion cérébrale. Pour ces malades comme pour plusieurs autres cas présentés à la Société, on note que les psychoses familiales prennent fréquemment la forme de psychose périodique atypique.

IV. — *Délire de persécution et de grandeur à teinte mystique*; par le Dr Beaussart. — Il s'agit d'un malade dégénéré, amoral, à perversions instinctives et génitales, chez qui, depuis deux ans, évolue un délire ambitieux (génie musical) qui, par suite d'une sytématisation progressive, a revêtu une teinte mystique : le malade a vu Dieu. A côté de ces idées délirantes, se sont développées des idées de persécution et d'interprétation filiale : le malade se figure qu'un de ses oncles est son père et se croit persécuté par lui.

Les réactions du malade peuvent devenir très dangereuses du fait même du délire (persécuté persécuteur) et du fait des tendances agressives naturelles du sujet.

V. — *Syndrome paralytique au cours de l'épilepsie*; par le Dr Pactet. — Présentation d'un épileptique qu'il observe depuis onze ans, chez qui apparaissent, de façon intermittente, les éléments consécutifs du syndrome paralytique et existe un état permanent d'euphorie très accentué.

En présence d'un cas de ce genre, un diagnostic rapide est délicat : s'agit-il, en effet, d'épilepsie simple ou bien de paralysie générale?

L'épreuve du temps, la ponction lombaire négative, permettent d'être aujourd'hui moins réservé et d'admettre que l'on se trouve vraisemblablement en présence d'un syndrome paralytique transitoire chez un épileptique. C'est en somme l'apparition dans l'épilepsie d'un syndrome dont l'existence avait été signalée déjà, au cours de l'alcoolisme, par Klippel, sous le nom de syndrome paralytique fugace.

Séance du 19 *juin* 1911.

I. — *Un débile simulateur*; par le Dr Vigouroux. — M. Vigouroux présente un dégénéré à volonté faible et à passions vives, sans débilité intellectuelle, qui, inculpé de vol et d'abus de confiance, a été interné après avoir bénéficié d'un non-lieu. A la prison, devant les médecins experts, il a certainement exagéré ces troubles du caractère et a demandé son internement. Dès qu'il fut interné, il se déclara à la fois innocent des délits pour lesquels il était poursuivi et indemne de tout trouble mental et réclama instamment sa sortie. Quelle conduite à tenir vis-à-vis de tels malades? L'asile spécial leur convient, mais seulement quand l'expérience a montré que la pénalité n'a pas d'action sur eux.

II. — *Etude de l'état mental de deux aphasiques (affaiblissement partiel des facultés sans démence globale)*; par le Dr Bahia. — Il s'agit de deux aphasiques du service de M. Magnan. Chez ces deux malades, dont l'un est resté hémiplégique droit, l'aphasie motrice et sensorielle est très accusée et il existe en outre un affaiblissement indiscutable des facultés mentales. Cependant il est possible, par différentes épreuves extemporanées, de démontrer que la démence n'est pas globale, et cela est conforme à ce qu'apprend l'observation prolongée (attitude des malades dans le service, qui, dans une certaine mesure, se conduisent en faisant preuve de jugement et d'initiative).

III. — *Alcoolique et épileptique à réactions dangereuses*; par le Dr H. Colin.—Il s'agit de trois malades du service de M. Colin, un alcoolique et deux épileptiques à réactions dangereuses.

A propos des alcooliques, il insiste sur les difficultés qu'éprouve le médecin à maintenir des malades à l'asile après la disparition des accidents aigus et quel que soit le danger de la mise en liberté, à cause du retour intégral à la raison et des dispositions de la loi de 1838 qu'ils ne manquent pas d'invoquer.

A l'occasion d'un deuxième malade, M. Colin démontre que le même problème se pose pour certains épileptiques alcooliques, à attaques rares, qui oscillent entre la prison et l'asile et qui constituent un véritable danger social.

Le troisième malade est un débile intellectuel accentué, épileptique, qui a pu faire trois années de service militaire sans encourir de punitions. L'acte qui a activé son internement prouve cependant combien il était imprudent de le conserver au régiment. Ce malade, sous l'influence non pas d'un vertige épileptique, mais d'une idée maladive dont il est incapable d'apprécier la gravité, a conçu le projet de vitrioler une amie de sa mère; il a mis ce projet à exécution et de plus aurait étranglé sa victime si on n'était accouru à son secours.

IV. — *Un cas d'acromégalie chez un imbécile*; par le Dr Bonhomme. — Présentation d'une acromégalique imbécile, chez laquelle les premiers troubles de la croissance paraissent avoir débuté à l'âge de douze ans, en tout cas avant seize ans. Depuis cet âge, l'état est très sensiblement stationnaire. Malgré ce début précoce, la malade ne mesure que 1 m. 45; la puberté a été normale; les règles sont toujours régulières (la malade a aujourd'hui vingt-huit ans). Absence de signes d'hyperplasie hypophysaire, pas d'hémianopsie, pas d'élargissement de la selle turcique.

V. — 1° *Kyste hydatique ossifié du cerveau chez un paralytique général*; 2° *Kystes hydatiques multiples du foie chez un paralytique général*; 3° *Kyste hydatique du rein chez un insuffisant rénal*; par le Dr Vigouroux. — 1° M. Vigouroux montre deux kystes hydatiques du cerveau. Les kystes, très anciens, ont leur paroi ossifiée. La présence de crochets confirme la nature de ces petites tumeurs;

2° M. Vigouroux présente un foie dans lequel on trouve trois kystes hydatiques de la grosseur d'une mandarine en voie de régression;

3° M. Vigouroux a trouvé à l'autopsie d'un néphrétique

ancien, mort d'insuffisance rénale, un kyste hydatique plein d'hydatides filles ayant envahi les deux tiers du rein et le bassinet. L'uretère dilaté est rempli et bouché par des hydatides. Le malade présentait de l'anxiété mélancolique et des idées de suicide.

Séance du 17 *juillet* 1911.

I. — *Obsessions et mélancolie chez un vagabond à internements multiples* (*absence de tendances nocives*) ; par les Drs Juquelier et Vinchon. — Présentation d'un vieillard de soixante-huit ans qui, depuis l'âge de treize ans, a mené une existence constamment vagabonde ; sous l'influence du désir obsédant de se déplacer, il a occupé un grand nombre de situations dans lesquelles, entre deux fugues, il se montrait presque normal, travaillant à des métiers réguliers jusqu'à ces derniers temps et gagnant honnêtement sa vie. Dans les antécédents, on ne retrouve que l'éthylisme du père ; il a fait sa première fugue à treize ans et, après deux séjours assez longs — six à huit mois — dans des villes, a commencé son existence nomade, travaillant l'été aux champs ou aux vignes, l'hiver dans les villes, au hasard de ses pérégrinations. Les sept ans de service militaire n'ont été marqués que par une seule désertion après laquelle il est revenu de lui-même à la caserne. A cette époque, après des excès éthyliques, il a ses premières hallucinations.

Après sa libération, il reprend la vie d'autrefois, quittant au bout de peu de temps un pays pour un autre ; parfois l'impulsion prend un caractère particulièrement violent et il doit se mettre à courir. Il n'a lutté contre elle qu'au régiment et il a raconté qu'alors il s'est senti très angoissé.

En 1881, il est interné pour la première fois après une tentative de suicide consécutive à un accès de dépression. Depuis, il est interné plus de trente fois pour les mêmes motifs ou à la suite de scandale au cours d'excès alcooliques.

Pendant ses cinquante-cinq ans de vie nomade, ce malade a été condamné sept fois, mais seulement pour mendicité et vagabondage. On n'a pu relever aucun délit sur son casier judiciaire, et encore faut-il noter que les condamnations surviennent quand il prend de l'âge et peut plus difficilement trouver du travail.

Ce malade « à internements multiples » ne semble donc pas rentrer dans la catégorie des habitués d'asiles que l'on retrouve surtout dans le service de M. Colin à Villejuif.

II. — *Paralysie générale sénile*; par le Dr Trénel. — Il s'agit de deux cas de paralysie générale sénile, se caractérisant surtout par leur forme atypique.

1er *cas.* — Femme de soixante et un ans, cas plutôt tardif que sénile. A noter que le mari est mort d'un tabes qui a débuté à trente ans. Il est curieux de noter la longue distance dans l'apparition du tabes chez l'homme et de la paralysie générale chez la femme; chez celle-ci, le réflexe rotulien est nul à gauche, aboli à droite. Le point à noter est l'existence d'un certain degré d'aphasie amnésique; la malade ne peut trouver les noms des objets qu'on lui montre; elle les désigne par leur définition. L'intensité du symptôme est variable suivant les examens. Y a-t-il lésion en foyer ou lésion paralytique particulièrement intense d'un centre?

2me *cas.* — Femme de soixante-sept ans. L'apparition tardive de la paralysie serait sans doute due ici à une contamination tardive, la malade ayant eu neuf enfants vivants. La démence en imposait à un certain moment pour un syndrome presbyophrénique.

III. — *Débilité morale avec simulation surajoutée ou démence précoce*; par le Dr Beaussart. — Présentation d'un jeune malade du service de M. Colin, malade qui, au premier abord, donne l'impression d'un déséquilibré, amoral, instable, délinquant, plus ou moins habitué des asiles, où il entre à l'occasion d'accès délirants polymorphes qu'on pourrait croire voulus; l'attitude, la physionomie du malade, une amnésie absurde de tous les faits de sa vie, des craintes inexpliquées font soupçonner la simulation. Cependant, une plus longue observation montre qu'il s'agit d'actes et de phénomènes pathologiques qui peuvent se rapporter à l'existence d'une démence précoce (troubles du sens moral et du caractère, attitude maniérée...) dont l'éclosion remonte à sept années. Le malade, âgé de seize ans, avait pu, quoique débile, arriver jusqu'à la classe de cinquième lorsque sont survenus les troubles qui existent actuellement.

IV. — *Spirochètes et trypanosomes. Projections cinématographiques*; par le Dr A. Marie (de Villejuif). — Présentation à la Société des projections cinématographiques communiquées au Congrès de Berlin, où il a été délégué par la Société avec MM. les Drs Pactet et de Clérambault.

Les projections ont trait, d'une part, aux trypanosomes dans le sang des malades atteints de la maladie du sommeil,

qui a fait l'objet du rapport de MM. Marie et Darré pour les formes à troubles mentaux.

D'autre part, les projections mettent en parallèle, avec les précédentes dues à M. Comandon, les belles préparations de Levaditi sur les spirochètes, en particulier le treponema pallidum sur cornée de lapin.

M. A. Marie rend hommage à son éminent collaborateu avec qui il a, le premier en France, pu appliquer, dès 1906, la méthode de Wassermann à l'étude du liquide céphalo-rachidien des paralytiques généraux de l'asile de Villejuif.

Il remercie également le service scientifique de la maison Pathé pour son obligeante collaboration.

Société de Psychiatrie.

Séance du 26 *mars* 1911.

I. — *Dyskinésie professionnelle chez un facteur;* par les Drs G. Maillard et Le Maux.— Présentation d'un type de crampe professionnelle qui, s'il est, pour ainsi dire, schématique par les caractères de trouble moteur et par les éléments étiologiques en cause, appartient à une variété qui ne paraît pas avoir été décrite.

Il s'agit d'un employé des postes qui se livrait pendant des heures de travail supplémentaire au timbrage de bandes de journaux; il arrivait à timbrer 8.000 bandes à l'heure pendant quatre et cinq heures par jour, commençant ce travail chaque nuit à 3 heures du matin.

Il y avait donc un surmenage général d'une part et, d'autre part, surmenage particulier de la main gauche, le pouce de cette main ayant pour fonction de faire glisser rapidement chaque bande contre les autres doigts. C'est sur le pouce et les doigts de la main gauche que s'est localisé le trouble, survenu à la suite d'une violente émotion, suivie de fatigue physique et de préoccupations vives. Le malade présentait une constitution neuro-psychopathique congénitale, devenue encore plus manifeste après le choc émotif qu'il avait subi.

Discussion : *M. Ballet.* Les travaux récents sur les crampes professionnelles sont sans doute très intéressants, mais il serait injuste de ne pas rappeler que c'est Duchenne, de Boulogne, qui a le premier bien décrit au point de vue clinique ces accidents.

Il y a longtemps également qu'on a noté qu'il existe toujours

chez le sujet atteint de ces crampes un terrain névropathique qui semble donc nécessaire pour leur éclosion. Ici, il existe, suivant la règle, un état constitutionnel et des causes occasionnelles. — *M. Bernheim.* Dans ces sortes de crampes, il y a toujours un phénomène d'auto-suggestion. Quand la crampe s'est produite une première fois plus ou moins accidentellement, la crainte reste toujours dans l'esprit du sujet, et cette crainte, par un mécanisme d'auto-suggestion, reproduit l'accident initial. Ce qui le prouve, c'est le succès du traitement par manœuvre suggestive; il convient dans ces cas de faire l'éducation suggestive du sujet, mais il faut que cette éducation se fasse par l'action et non par suggestion passive; il faut que le médecin lui-même dirige le mouvement à rééduquer et réalise une thérapeutique suggestive en quelque sorte dynamogénique. — *M. Sollier.* Je puis rapporter un cas comparable quant aux conditions étiologiques; il s'agit d'une crampe professionnelle survenue chez une fleuriste à l'occasion d'une émotion-choc. La crampe n'apparut, en effet, qu'après l'accident de chemin de fer d'Arpajon, dans lequel ma malade ne reçut aucun traumatisme physique, mais éprouva une très vive frayeur. L'émotion peut donc jouer le rôle de cause occasionnelle. Cependant la crampe par elle-même ne me paraît pas devoir être considérée comme un phénomène purement suggestif. Chez ma malade, en effet, l'hyperexcitabilité neuro-musculaire, généralisée et très marquée, indiquait un trouble fonctionnel physiologique très important.

II. — *Lésions des neurofibrilles du cervelet chez les paralytiques généraux;* par les Drs Laignel-Lavastine et Pierre Pitulesco. — Projections des microphotographies de préparations du cervelet de six paralytiques généraux, traitées par les méthodes de Cajal et de Bielchowsky. Elles montrent que les cellules de Purkinje sont moins altérées que les cellules de Betz de l'écorce cérébrale. Les lésions neurofibrillaires sont diffuses, mais les cellules de petite taille, telles que les cellules de Golgi, sont plus profondément atteintes que les cellules de Purkinje. Les fibrilles extracellulaires et particulièrement les fibrilles des corbeilles paraissent de richesse normale. Outre l'aspect onduleux et parfois fragmenté de certaines fibres horizontales, la lésion la plus remarquable des fibres nerveuses des lamelles cérébelleuses est la déformation globuleuse homogène, qui s'observe surtout sur le cylindraxe des cellules de Purkinje avant l'origine des collatérales, mais qui peut avoir une autre localisation,

puisque les auteurs en ont constaté de nombreux exemples, orientés en tous sens dans la couche moléculaire.

III. — *Simulation d'un délire de grandeur par un débile;* par le Dr Ach. Delmas. — Il s'agit d'un Breton de vingt et un ans qui se dit descendant de Napoléon et qui a l'attitude, les paroles et les actes de ce rôle.

La forme anormale du délire sans hallucinations, sans interprétations et sans démence, les contradictions, le refus d'explication et le fait que le sujet est insoumis militaire, permettent de penser qu'il s'agit d'un simulateur.

Discussion : *M. Vallon.* Je ne dirai pas que ce malade ne soit pas un simulateur. Je n'en sais rien. Mais les arguments que donne M. Delmas en faveur de la simulation ne me paraissent pas convaincants. Je crois en particulier qu'un persécuté légitime peut très bien nier connaître tout ce qui se rapporte à son passé ou à sa famille. D'autre part, il y a chez H... des attitudes d'apparence stéréotypée qui doivent amener à faire des réserves. — *M. Dupré.* J'ai eu l'occasion, il y a quelques mois, de voir ce malade à l'Infirmerie spéciale. Il s'est présenté à ce moment d'une façon très pittoresque, l'attitude arrogante, la main droite dans le gilet à la manière de Napoléon, le verbe haut, etc. Il a aujourd'hui un peu moins l'allure de son rôle. Tel que nous le montre M. Delmas, qui l'a suivi depuis ce temps et qui a eu des renseignements qui nous faisaient défaut, il semble bien être un simulateur pour une très grande part de son délire, et à ce point de vue il serait peut-être intéressant de tenter la sortie pour voir ce qu'il deviendrait aux mains de l'autorité militaire. Je ne serais pas étonné d'ailleurs qu'il persévère dans son attitude avec l'obstination qu'on a signalé dans nombre de cas de simulation chez des soldats. Toutefois, je me demande si, en raison de la débilité du sujet et de certaines particularités de son attitude, il n'y a pas dans son histoire clinique des éléments nettement pathologiques, relevant d'une part de la mythomanie et d'autre part de la tendance aux délires imaginatifs, tels qu'on peut en rencontrer chez des déséquilibrés plus ou moins débiles. — *M. Ballet.* J'ai présenté H..., dans un de mes cours cliniques, comme un simulateur, et je reste convaincu qu'il est pour une très grande part au moins un simulateur. Cependant, et je le disais ce matin encore à M. Delmas, je crois qu'il faut faire quelques réserves, et que non seulement H..., comme presque tous les simulateurs, est un débile plus ou moins déséquilibré, mais qu'il peut y avoir

chez lui, comme le disait M. Dupré, de la fabulation de nature mythomaniaque ou imaginative. Quant aux attitudes stéréotypées, elles peuvent, comme d'autres troubles pathologiques, être parfois simulées, et je me rappelle l'histoire d'un simulateur, très bien observé par M. Magnan, qui a conservé pendant des semaines une attitude nettement catatonique, et ne s'en départait pas même quand il était entièrement couvert de mouches. — *M. Meige.* Je crois qu'au point de vue des stéréotypies il faut distinguer celles qui répondent à une indication et qui peuvent être simulées, de celles qui n'ont aucune apparence de signification et qui ne me paraissent pas devoir être facilement simulées. Or, ici, à côté d'attitudes en rapport avec la forme du délire simulé ou non, il est des gestes stéréotypés qui n'ont aucun rapport avec le délire, qui semblent effectués automatiquement et qui, par conséquent, pourraient être invoqués en faveur de la non-simulation.

IV. — *Démence précoce ou psychose périodique*; par les Drs Barbé et Guichard. — La malade a présenté et présente encore des symptômes qui rappellent les uns l'agitation maniaque, les autres la démence précoce. Tout en penchant vers le diagnostic de psychose périodique, les auteurs pensent qu'il s'agit là d'un de ces cas où le diagnostic certain ne peut être fait que par l'évolution.

Discussion : *M. Ballet.* Il semble bien que la malade est présente au milieu quand on la sollicite, qu'elle comprend les questions de façon normale et y répond sans l'indifférence habituelle aux déments précoces. Actuellement, elle ressemble peut-être plus à une maniaque guérie qu'à une démente précoce. — *M. Deny.* Je n'ai pas la même impression. Je trouve que l'habitus, l'attitude, la tonalité générale de caractère plutôt neutre indiquent un certain degré d'indifférence et doivent faire craindre l'existence d'une démence précoce.

V. — *Paralysie générale précoce*; par les Drs Dupré et Fouque. — Les auteurs présentent un enfant de quatorze ans qui est atteint de méningo-encéphalite diffuse avec signe d'Argyll et lymphocytose du liquide céphalo-rachidien et délire à forme mélancolique.

Discussion : *M. Marchand.* J'ai suivi une petite malade qui est morte à l'âge de onze ans et demi et qui présentait les mêmes symptômes physiques et la même déchéance intellectuelle que la malade de MM. Dupré et Fouque. A l'autopsie, j'ai constaté les lésions classiques de la paralysie générale et je

pense que, dans le cas actuel, c'est le diagnostic qui paraît s'imposer. Souvent, dans les cas de ce genre, on trouve des lésions cérébelleuses très profondes. Après la communication si intéressante que vient de faire M. Laignel-Lavastine, il n'y a pas lieu d'insister sur les caractères de ces lésions, la méningite est parfois si accusée qu'elle peut revêtir l'aspect de la méningite gommeuse. J'ai suivi un certain nombre de paralytiques généraux infantiles et juvéniles, je n'ai jamais constaté chez eux d'idées délirantes. Il est admis que la paralysie générale infantile évolue sans délire, souvent ces malades sont pris pour des idiots ordinaires. Il est exceptionnel, et c'est ce qui ajoute encore à l'intérêt du cas de MM. Dupré et Fouque, de constater des idées délirantes chez de si jeunes sujets. — *M. Dupré.* Je dois ajouter que, contrairement à ce qui est signalé habituellement dans la forme juvénile de la paralysie générale, ce ne sont pas les symptômes somatiques qui prédominent ici; au contraire, les troubles psychiques ont été très marqués : il y a eu en particulier un délire de forme mélancolique très franc avec idées d'auto-accusation et idées hypocondriaques avec négation d'organes.

VI. — *De la psychothérapie dans les maladies mentales*; par le Dr Bernheim. — Voici les conclusions de cette étude :

Les psychoses diverses, et j'ajoute aussi les neurasthénies, sont des évolutions organiques ou toxiques affectant le cerveau psychique et bien que certains symptômes puissent être améliorés, ces évolutions ne sont pas enrayées, ni raccourcies par la psychothérapie.

Des troubles fonctionnels pareils à ceux créés par ces maladies, tels que l'anxiété, la dépression morale, les phobies, les hallucinations, etc., peuvent exister sans lésion, ni toxine; ce sont alors de simples représentations mentales d'origine émotive, qui peuvent être entretenues ou reproduites par auto-suggestion; elles sont justiciables de la psychothérapie, ce sont des psychonévroses qu'il faut bien différencier d'avec les vraies psychoses, qu'il faut différencier aussi d'avec les neurasthénies.

La psychothérapie s'adresse aux psychonévroses; elle ne s'adresse ni aux psychoses, ni aux neurasthénies.

Séance du 27 avril 1911.

I. — *A propos de fausses cénesthopathies* ; par le Dr Picqué. — M. Picqué revient avec de nouveaux documents sur les indications de l'intervention chirurgicale dans les affections mentales.

Dans un premier groupe de faits il envisage les cas où les malades se plaignent très légitimement de souffrances physiques, mais chez qui ces souffrances mal localisées, ou difficilement rattachées à une cause, peuvent faire croire à une souffrance sans fondement ; ce sont de fausses cénesthopathies ainsi que l'a établi pour certains la guérison survenue après une intervention exploratrice d'abord, curatrice ensuite.

Dans un second groupe de faits se placent des petits mélancoliques dont l'état mélancolique est en rapport avec une affection organique relevant d'une thérapeutique chirurgicale.

Ce sont surtout les lésions de la zone génitale, en particulier chez la femme, qui peuvent donner naissance à des dépressions mélancoliques, que le traitement chirurgical fait disparaître. En dernier lieu, l'auteur montre par des faits que certaines formes de petite hypocondrie sont justiciables des mêmes indications.

Discussion : *M. Deny* croit cependant que, dans les douleurs d'origine corporelle, le trouble psychique joue un rôle. — *M. Ballet* montre qu'à cet égard on peut distinguer trois catégories de malades. Chez les premiers, la douleur périphérique ne s'accompagne d'aucun écho mental. Chez les seconds, elle provoque un certain degré de préoccupation et d'inquiétude. Chez les troisièmes enfin, l'esprit amplifie, dénature les impressions organiques, qui peuvent être extrêmement légères, pour en faire l'objet d'une hypocondrie, d'un délire. Les phénomènes qui se passent ici sont l'équivalent dans le domaine sensitif de ce qu'on constate à propos des tics dans le domaine moteur. — *M. Meige* demande combien de malades, à côté de ceux qu'une intervention corporelle a guéris de leurs troubles psychiques, n'en n'ont pas retiré de bénéfices. — *M. Picqué* répond que non seulement les insuccès sont nombreux, mais que, bien plus, la quantité des aggravations post-opératoires est considérable. Ce n'est donc qu'à très bon escient que la chirurgie doit intervenir chez les psychopathes.

II. — *Ecrits d'une démente précoce* ; par le Dr Capgras. — L'auteur rapporte l'histoire d'une ancienne institutrice atteinte

d'une forme nettement caractérisée de démence précoce en évolution depuis huit ans. Jusqu'à ces derniers mois, on retrouve dans les écrits abondants de cette malade des lettres parfaitement correctes dans le fond et dans la forme, et des poésies dont certaines ne sont pas sans charme.

Ces écrits contrastent avec les paroles et les actes de la malade, et montrent que la démence dans ces formes n'est pas globale et mérite bien le nom de schizophrénie qu'on a proposé.

Discussion : *M. Gilbert Ballet.* Le cas communiqué par M. Capgras est intéressant, parce qu'il appelle l'attention sur ceux, nombreux, où chez les déments précoces le déficit cérébral est peu accusé.

Souvent, dans les formes auxquelles je fais allusion, les malades qui, dans les circonstances habituelles de la vie, sont indifférents et sans initiative, se ressaisissent assez pour fixer leur attention et faire une réponse précise et adéquate aux questions quand on les interroge directement et avec un peu de vivacité.

Ils peuvent ainsi, par moments, donner l'illusion d'avoir une réelle activité intellectuelle, alors qu'ils ont simplement des reprises intermittentes de cette activité, qui dans les intervalles reste torpide et engourdie. — *M. Henry Meige.* Dans sa très intéressante observation, M. Capgras fait ressortir une discordance entre les propos et les écrits de sa malade ; tandis que ses actes et ses discours témoignaient d'un grave désordre psychopathique, ses écrits au contraire paraissent à première vue irréprochables, et même, certains d'entre eux ne sont pas sans charme.

Le fait est parfaitement exact et méritait d'être souligné, mais l'antithèse n'est peut-être qu'apparente.

Les écrits en question sont de deux sortes : d'abord les lettres officielles, dans lesquelles surabondent des formules toutes conventionnelles. L'ensemble en est cohérent ; on y retrouve pourtant avec excès des clichés qui, à force d'usage, finissent par confiner au verbiage automatique.

Ensuite, ce sont des poésies, où apparaît encore davantage une tendance à l'automatisme verbal : bribes de vers, suite de rimes, jaillissant avec une aisance qui serait déconcertante si nous ne savions pas que cette femme est une ancienne institutrice, ayant grandement cultivé sa mémoire.

Ce qui domine dans ces poésies ce sont des réminiscences professionnelles ; il faut y voir, non pas l'indice d'une rare con-

conservation de la faculté d'écrire, mais, bien au contraire, la preuve d'un déficit du contrôle cortical. Il s'agit vraisemblement d'équivalents graphiques analogues aux stéréotypies que présentait cette malade par ailleurs. Une pièce de vers, de prosodie correcte, séduisante même par l'harmonie du rythme et la richesse des rimes, n'est nullement incompatible avec un assez grave désordre mental. Les exemples en sont fréquents dans les asiles, et aussi au dehors. Cette particularité s'explique par ce fait que l'automatisme mnémonique est singulièrement favorisé par la cadence et les assonnances. De telles productions d'allure littéraire étonnent; mais il faut se garder d'y voir un argument en faveur de l'intégrité de la faculté d'écrire; souvent, au contraire, elles témoignent d'une exagération toute psychopathique de l'automatisme cérébral.

III. — *Hérédo-syphilis. Tabes fruste avec diminution intellectuelle*; par les Drs Ch. Blondel et G. Maillard. (Travail du service de M. Deny). — La malade que nous allons montrer, est une jeune fille de dix-sept ans, fille d'un tabétique mort paralytique général. Elle présente des signes évidents de syphilis héréditaire et elle est atteinte de lésions diffuses du système nerveux, s'objectivant sous l'aspect clinique du tabes juvénile avec affaiblissement intellectuel. Mais si le processus pathologique est de même nature que celui qui a frappé son père, il semble, comme cela s'observe souvent dans les affections juvéniles du système nerveux, beaucoup moins net dans ses manifestations cliniques. On peut se demander si cet affaiblissement intellectuel tel qu'il existe aujourd'hui chez cette jeune malade mérite, en raison de son évolution et de son aspect clinique actuel, le nom de paralysie générale avec le pronostic que comporte d'ordinaire cette dénomination.

Discussion : *M. Laignel-Lavastine.* Il me semble que la malade de M. Maillard pourrait bénéficier d'un traitement au dioxydiamidoarsénobenzol, d'autant plus que la cure mercurielle a déjà donné une amélioration, et que l'état normal des vaisseaux et des reins n'offre pas de contre-indications.

Séance du 18 *mai* 1911.

I. — *Démence et hémiparésie par ramollissements multiples d'origine syphilitique simulant la paralysie générale*; par les Drs Laignel-Lavastine, Pierre Kahn et Benon. — Les auteurs présentent l'observation et les pièces d'une femme dont les

troubles de la parole, l'affaiblissement intellectuel, l'amnésie, l'hémiparésie, le signe d'Argyll-Robertson formaient un ensemble qui put être un instant rattaché légitimement à une méningo-encéphalite diffuse jusqu'à examen plus prolongé qui permit de poser le diagnostic de démence par ramollissements multiples, d'origine syphilitique que l'autopsie confirma. On constata, en effet, six ramollissements macroscopiques, des foyers cérébraux de périvascularite diffuse, de l'endartérite de l'artère basilaire et des artères méningées et des lésions endocrines, d'hyperépinéphrie nette, d'hyperhypophysie et d'hyperthyroïdie légères. La suite des accidents peut donc être ainsi comprise :

La syphilis, agissant sur les vaisseaux directement par endartérite et gainite et indirectement par athérome lié sans doute aux lésions endocrines et surtout surrénales, a été la cause des ramollissements par thrombose dont les syndromes mentaux et nerveux ont été l'expression clinique.

II. — *Paralysie générale à début mélancolique*; par les Drs A. Barbé et E. Benoist. — Malade entrée dans un état de stupeur, avec mutisme et refus d'aliments; avait avant son entrée manifesté des idées de ruine et de culpabilité; il n'y avait aucun signe physique. Ces symptômes s'atténuèrent progressivement et quand les troubles psychiques disparurent, on vit survenir des symptômes de paralysie générale : tremblement généralisé, surtout au niveau de la langue et des muscles de la face, accrocs de la parole, exagération des réflexes, énorme lymphocytose, mais pas de troubles pupillaires. En somme, cette malade eut à son entrée des symptômes psychiques sans troubles physiques, et quand l'état mental s'améliora, les symptômes physiques apparurent en même temps que les idées délirantes disparaissaient.

Discussion : *M. Gilbert Ballet.* Chez la malade qu'on vient de présenter, j'avais cru d'abord à un accès de mélancolie simple. Il ne me paraît pas douteux qu'il se soit agi au contraire d'un état de dépression mélancolique symptomatique d'un début de paralysie générale.

Les rapports des états de dépression mélancolique avec la paralysie générale sont intéressants à préciser. Tantôt, comme dans ce cas, ils marquent le début de l'affection, et l'apparition ultérieure des symptômes d'encéphalite démontre qu'on avait affaire à une mélancolie symptomatique. Les faits de cet ordre s'observent assez souvent, comme chacun sait.

Ce qu'on sait moins, c'est que la mélancolie peut guérir, ne laisser à sa suite aucune trace appréciable, jusqu'au jour, en général prochain, où la paralysie générale s'affirme par de nouveaux symptômes. Aussi faut-il, à mon avis, se défier des accès mélancoliques apparaissant chez d'anciens syphilitiques, même lorsqu'ils guérissent. Ils sont souvent l'annonce et le prélude d'une encéphalite interstitielle évoluant d'après le type discontinu que j'ai décrit. C'est une question sur laquelle je me propose d'ailleurs de revenir prochainement. — *M. Bernheim.* Je me demande s'il n'y aurait pas une autre conclusion à tirer des faits analogues à celui de MM. Barbé et Bénoist et s'il ne faudrait pas aller plus loin en admettant que l'accès mélancolique est non pas un premier symptôme de paralysie générale, mais une cause prédisposante, autrement dit si l'accès mélancolique n'est pas un accès indépendant de la paralysie générale, mais qui, survenant chez un syphilitique, constitue une sorte d'appel et prédispose au développement d'une paralysie générale.

J'ai vu des cas de paralysie générale où la syphilis survenant chez des hypocondriaques constitutionnels avait été précédée de manifestations hypocondriaques, et des faits de ce genre me portent à admettre que ce sont les manifestations hypocondriaques antérieures et indépendantes à la paralysie générale qui prédisposent à l'éclosion de celle-ci.

III. — *Hallucinations visuelles persistantes dans un cas de confusion mentale*; par le Dr A. Barbé.— Malade ayant eu des fatigues physiques et des soucis moraux qui l'ont épuisée; elle fit un accès de confusion, avec désorientation, efforts pour se souvenir, hallucinations visuelles combinées avec quelques hallucinations auditives. Cet état persiste depuis six mois, et l'on peut dire que les hallucinations ont revêtu un caractère de stéréotypie marquée; en effet, la description que la malade en donne est toujours la même, et fait dans les mêmes termes. Ces hallucinations ont un caractère terrifiant qui ajoute à l'anxiété de la malade; celle-ci est toujours dans l'attente de ses visions, et quand elle s'en inquiète, les hallucinations apparaissent à ce moment.

Discussion : *M. Gilbert Ballet.* Ce qui domine incontestablement chez cette malade, c'est la continuité et l'intensité de l'anxiété; or, tandis que l'anxiété est constante, les hallucinations visuelles terrifiantes sont, au contraire, espacées. Cette remarque est importante, car elle montre que nous faisons un

véritable paralogisme quand nous disons que ce sont les hallucinations qui donnent sa couleur au délire. C'est l'inverse qui a lieu. Cette malade n'est pas anxieuse parce qu'elle a des hallucinations pénibles; elle a des hallucinations pénibles parce qu'elle est anxieuse. — *M. Bernheim.* A l'origine des troubles psycho-sensoriels, je crois, avec M. Gilbert Ballet, qu'il y a d'ordinaire un état émotionnel. Mais il peut arriver que l'anxiété disparaisse et que les hallucinations qui lui étaient secondaires persistent par un mécanisme d'auto-suggestion. Dans ce cas, les malades peuvent bénéficier de la psychothérapie. — *M. Barbé.* A l'appui de l'observation de M. G. Ballet, je dois dire que c'est dans les paroxysmes anxieux qu'apparaissent les hallucinations, et celles-ci sont toujours précédées d'un redoublement d'angoisse.

IV. — *Débilité morale avec obsessions-impulsions multiples et idées fixes post-oniriques*; par les Drs Boudon et Delmas. — Le malade présente des obsessions-impulsions multiples sous forme de dromomanie, dipsomanie, sadisme, masochisme, et des auto-mutilations en rapport avec certaines de ces obsessions, comme en témoignent plus de cent cinquante cicatrices de coups de couteau sur les bras et la poitrine. Il présente en outre des idées fixes post-oniriques permanentes développées à l'occasion d'accès subaigus d'alcoolisme chronique ayant évolué sous la forme clinique que l'on a récemment proposé d'appeler délire à éclipses.

Discussion : *M. Deny.* Dans l'intervalle des accès, la conduite du malade traduit-elle la persistance des idées post-oniriques? Cherche-t-il à se présenter, à se défendre contre les dangers dont il se croit menacé? — *M. Delmas.* Lorsque l'accès est passé, le malade ne conte pas qu'il a été victime d'une véritable agression, mais il considère que le danger est écarté et la croyance au danger passé ne s'allie pas chez lui à la crainte de son retour.

ROGER DUPOUY.

JOURNAUX FRANÇAIS

Année 1909.

Le Progrès médical.

I. — *Aphasie, langage intérieur et localisations*; par le Dr Saint-Paul (n° 14). — L'auteur fait la critique des méthodes d'investigation appliquées à l'aphasie. Son but est de montrer que l'interprétation des cas d'aphasie et de paraphasie nécessite la connaissance absolue, la compréhension aussi parfaite que possible de ce qu'est le langage intérieur. Sans cette étude, il est impossible d'arriver à la détermination complète d'un cas donné d'aphasie.

II. — *Un cas de paralysie générale juvénile*; par les Drs Rémond et Chevalier-Lavaure (n° 19). — Cette observation vient confirmer encore une fois l'existence de la paralysie générale dans le jeune âge. L'affection s'est développée chez une débile portant de nombreux stigmates de dégénérescence, scrofulo-tuberculeuse et, véritable signature de la cause spécifique, des dents d'Hutchinson. L'évolution s'est faite en deux ans et la terminaison s'est produite dans le marasme avec escarre. L'état démentiel pur avait été la seule constatation clinique au point de vue psychique. L'autopsie a montré, aussi bien au point de vue macroscopique que microscopique, les lésions classiques de la paralysie générale.

III. — *Les causes d'épuisement nerveux et d'amaigrissement chez les épileptiques*; par le Dr A. Rodiet (n° 34). — Partant de l'idée que l'épilepsie est une intoxication, l'auteur cherche à établir la filiation et la réciprocité des phénomènes que l'on voit survenir chez l'épileptique : digestions troublées, insomnie, crises, médication bromurée, et qui, finalement, se succédant et s'ajoutant les uns aux autres, produisent et entretiennent l'état d'épuisement nerveux et d'amaigrissement que l'on constate si souvent chez les épileptiques.

IV. — *Les indications thérapeutiques dans le traitement de l'insomnie*; par Baufle (n° 40). — Parmi les causes d'insomnie, l'auteur étudie celles qui relèvent des intoxications (alcoolisme, morphinomanie) et celles relevant de l'aliénation mentale et de la neurasthénie. Il donne les indications thérapeutiques que

l'on a l'habitude d'appliquer dans ces différents syndromes, insistant surtout sur le traitement des insomnies d'origine toxique.

V. — *Le tabagisme* ; par Crépin (n° 46). — L'auteur rapporte les idées de Gy et montre l'influence que le tabagisme chronique peut avoir sur le système nerveux. La nocivité du tabac sur les centres nerveux est fonction, d'une part, du plus ou moins d'hérédité névropathique qui entache ce sujet et, d'autre part, de la cérébration plus ou moins intense de ce même sujet. On peut trouver des troubles dans l'ordre moteur : tremblement sensitif, algies diverses, céphalalgie, migraine; dans l'ordre intellectuel : amnésie, aphasie; enfin, dans un degré de plus, états psychopatiques divers.

Journal des Praticiens.

I. — *Les troubles mentaux de la sclérose en plaques* ; par le professeur Raymond (n° 9). — Résumé de cinq observations cliniques présentant des troubles mentaux : légère diminution de la mémoire, faiblesse de l'attention, puérilisme mental, émotivité plus ou moins considérable, rire et pleurer spasmodiques, phobie de la marche, tels sont les divers troubles mentaux relatés. Mais de même que certaines lésions de la sclérose en plaques peuvent regresser, de même ces divers troubles peuvent s'atténuer, regresser, sans cependant disparaître complètement.

II. — *La manie aiguë* ; par le professeur Gilbert Ballet (n° 14). — La manie aiguë ne peut plus constituer une entité morbide, elle n'est qu'un syndrome essentiellement constitué par l'agitation motrice, la fuite des idées, l'euphorie. On peut, en outre, observer quelques idées de grandeur, de richesse et surtout une tendance marquée au sarcasme, à la moquerie et à l'ironie. Ce syndrome ainsi constitué est symptomatique d'une psychose bien déterminée : la psychose périodique. Le grand caractère de cette psychose, c'est la récidive sous forme d'accès maniaque ou d'accès mélancolique. La statistique apportée pour appuyer cette conception donne 95 p. 100 de récidives chez les malades âgés de cinquante-cinq à soixante ans. Ce syndrome maniaque doit être différencié des états maniaques se montrant au cours de la confusion mentale, de l'alcoolisme, de l'épilepsie, de la paralysie générale.

III. — *L'anorexie mentale* ; par le professeur Hutinel

(n° 23). — Cette anorexie décrite en 1873 par Lasègue, sous la dénomination d'anorexie hystérique, a comme condition étiologique soit une émotion, un caprice non satisfait, une coquetterie recherchée, soit encore un état gastropathique douloureux. L'évolution se divise en quatre périodes dont la dernière se caractérise par un état cachectique. Cet état morbide, dont le pronostic n'est point grave si on lui applique des soins appropriés, doit être traité par l'isolement dans une maison de santé et la psychothérapie. Un bon critérium pour le diagnostic de la cure définitive se trouve dans la réapparition des règles.

IV. — *Etude psychologique sur l'habitude de la morphine et son traitement*; par le Dr Jennings (n° 37). — Le *morphine-habitué* n'est pas un morphinomane. Tributaire de la morphine, elle devient pour lui une sorte de besoin vital. Cette habitude devient irrésistible et continue, mais l'esprit reste sain et le self-contrôle peut maîtriser la tendance et la maintenir dans de certaines limites. Pour guérir cet état, l'auteur préconise la méthode de diminution graduelle sans contrainte, avec assentiment de l'intoxiqué. A la volonté affaiblie et ne pouvant endiguer la tendance plus forte du besoin de morphine, il faut substituer un état mental qui permettra de donner à l'action thérapeutique toute son efficacité. Pour ceux qui veulent guérir, le sevrage sans contrainte est chose possible, et à l'appui l'auteur vise l'observation d'un médecin qui fut démorphinisé par ce procédé, après dix-neuf ans de prises journalières de morphine atteignant parfois 18 centigrammes.

A. Albès.

JOURNAUX BELGES

Journal de neurologie.

Année 1909.

I. — *Un cas de tumeur de l'hypophyse sans acromégalie. Troubles mentaux et sommeil pathologique*; par les Drs C. Parhon et Goldstein (n° 1) — Observation avec autopsie : Jeune fille de dix-huit ans qui souffrait depuis quelques mois de narcolepsie, céphalées violentes, troubles de la mémoire; entrée à la clinique, elle ne tarda pas à mourir après avoir présenté outre une accentuation des symptômes précédents, des vomissements,

de la torpeur cérébrale et un état vertigineux, quand on voulait la faire lever. A l'autopsie, on trouve une tumeur kystique développée aux dépens de l'hypophyse et constituée par des cellules à grand noyau granuleux, du tissu conjonctif; cellules éosinophiles absentes. Les auteurs insistent sur l'absence d'acromégalie, et se demandent, sans apporter aucune solution, quelle était la relation des accès de narcolepsie avec la tumeur. Ils notent l'existence de l'aménorrhée, symptôme très fréquent dans les tumeurs de l'hypophyse. Ce travail ne veut être qu'une contribution clinique.

II. — *Les yeux pendant l'attaque d'épilepsie*; par les Drs A. Rodiet, P. Pansier, F. Cans (n° 3). — Ce travail est une revue critique des travaux des divers auteurs sur l'état des yeux pendant l'attaque d'épilepsie; il contient, en outre, des observations originales, d'après lesquelles les conclusions suivantes sont établies : à la phase tonique, dilatation pupillaire; à la période clonique, la mydriase est au maximum; en même temps, anesthésie et injection sanguine des conjonctives. La sensibilité ne reparaît qu'après la crise. Quant à l'état du fond de l'œil, en raison de la difficulté des examens ophtalmoscopiques avant et pendant les crises convulsives; les opinions sont partagées, mais, en somme, on peut admettre qu'avant l'attaque, les vaisseaux sont d'abord en état d'anémie, puis d'hyperémie. Cette hyperémie persiste après l'accès épileptique pendant une période qui varie de quelques minutes à deux heures. Elle peut cependant durer plus de douze heures, si elle accompagne une crise violente ou des crises successives fréquentes. La forme de cette congestion est caractéristique; la papille et la rétine sont respectées, d'une couleur pâle, mais les veines sont fort dilatées et sinueuses, surtout en bas (c'est, paraît-il, un phénomène assez fréquent), et présentent des pulsations visibles. En somme, congestion passive n'intéressant que le système circulatoire de retour, c'est-à-dire les veines.

III. — *De la soi-disant paranoia*; par le Dr Serge Soukhanoff (n° 13). — L'auteur veut démontrer que le groupement clinique désigné sous le nom de paranoia aiguë ou chronique, ne peut, à l'heure actuelle continuer à avoir une existence autonome. En cela, il dépasse de beaucoup l'idée de l'Ecole kraepelinienne, qui a démembré l'ancienne paranoia, mais en a laissé subsister des groupements cliniques, promus au rang d'entité morbide. La paranoia chronique n'existerait plus; les délires systématisés hallucinatoires où la démence terminale

peut être très tardive doivent, à l'avenir, d'après l'auteur, être reportés dans le groupe *démence paranoïde*. Quant aux autres formes que l'on désigne, tantôt sous le nom de persécuté persécuteur, de quérulent, etc., elles ne sont que l'exagération d'anomalies psychiques et le délire ne se différencie plus que par des caractères d'ordre quantitatif et non qualitatif. Ces espèces de la forme raisonnante de la paranoia ne se rapportent pas, sans doute, à une affection autonome; ce n'est que la manifestation du raisonnement pathologique, des formes des psychopathies ou des psychoses constitutionnelles, ne s'exprimant pas également et se manifestant, outre le raisonnement pathologique, encore sous forme de psychasthénie, d'hystérie et d'épilepsie. La paranoia aiguë doit être rattachée à la psychose maniaque-dépressive. De sorte qu'en matière de conclusion, l'auteur déclare que, du groupe complexe de la paranoia ancienne, il ne reste aucun complexus symptomatique pouvant actuellement être considéré comme une maladie autonome.

IV. — *L'imitation dans la psychogenèse du mouvement et du langage*; par le Dr Decroly (n° 14). — L'imitation motrice ou verbale (échokinésie, écholalie) peut être considérée comme un symptôme de diminution mentale. Il est, en effet, de notion courante qu'un acte est plus facile à imiter qu'à produire sans copie préalable. Il n'y a qu'une contradiction apparente dans le fait du développement psychologique de l'enfant; la possibilité d'imitation des mouvements apparaît beaucoup plus tard que celle de produire ces mouvements d'une manière spontanée. La copie chez l'enfant exige une certaine analyse du mouvement que fait le modèle; de plus, il manque souvent un stimulus important: l'intérêt immédiat. Chez l'adulte, au contraire, par les mécanismes automatiques, qui se sont peu à peu organisés, la copie d'un acte sera bien plus facile que la création d'un ordre nouveau d'associations. Cependant le langage imité précède le langage dit spontané. Mais il faut remarquer qu'au début, le langage est un phénomène de phonation et d'articulation, qui a la priorité sur le deuxième stade du langage plus complexe qui est constitué par l'association de ces mêmes mouvements en vue de l'expression d'une idée. En somme, la psychogenèse du langage et du mouvement suit la même voie et on pourrait, se basant sur toutes ces considérations, créer deux catégories d'irréguliers mentaux: ceux qui sont capables d'imitation et même qui ne sont capables que de cela rentreraient dans la classe des *déments*; ceux qui ne sont pas capables

d'imiter seraient des *insuffisants simples* atteints d'infériorité congénitale grave.

V. — *Traumatisme et aliénation mentale chez les militaires*; par les Drs A. Antheaume et Roger Mignot (nos 15 et 16). — Ce travail comporte deux questions bien distinctes : d'abord l'étude des accidents psychiques consécutifs aux traumatismes si fréquents chez les militaires ; ensuite l'étude du rôle pathogénique du traumatisme dans la paralysie générale. Les accidents psychiques consécutifs aux traumatismes doivent être classés en quatre catégories. D'abord les faits décrits sous le nom *d'hystéro-neurasthénie traumatique*; les auteurs n'en ont point observé chez les militaires. Ensuite les faits dans lesquels le traumatisme joue un rôle étiologique plus ou moins important. L'épilepsie et la paralysie générale sont les deux affections dans lesquelles on trouve le plus souvent notée cette étiologie. L'influence du traumatisme serait ici indirecte et ne s'exercerait qu'à la faveur d'une prédisposition. Dans d'autres circonstances, le traumatisme produit des effets morbides que l'on peut diviser en troubles primaires, immédiatement consécutifs à l'accident, et en troubles secondaires, se produisant tardivement comme une conséquence éloignée. Si le blessé échappe à la méningo-encéphalite aiguë, on constate un état de confusion mentale à degrés et à évolution variables. L'amnésie rétro-antérograde est le deuxième trouble psychique produit par le traumatisme. S'il y a des lésions cérébrales en foyer, on peut constater des symptômes d'excitation ou bien de déficit. Parmi les accidents secondaires, il faut surtout étudier l'affaiblissement intellectuel qui se présente sous des degrés variables : peut-être simplement un amoindrissement de la capacité intellectuelle, sorte de débilité mentale acquise. Dans d'autres circonstances, les troubles intellectuels sont plus graves et on peut voir alors survenir des paralysies et des crises épileptiformes. Enfin, dans une dernière catégorie de faits, on a l'impression d'une atteinte générale des fonctions intellectuelles et on parle alors de pseudo-paralysie générale traumatique. Mais ce complexus symptomatique ne mérite pas cette dénomination, car, après quelques mois, on voit tous les symptômes cesser de progresser, ou même régresser jusqu'à un certain degré d'amélioration où la maladie s'immobilise. Après cette étude, les auteurs abordent la question du rôle pathogénique du traumatisme dans la paralysie générale chez les officiers. La statistique établie à Charenton, sur une période qui s'étend de 1839 à 1908, montre que la paralysie

générale représente 44 p. 100 des entrées en ce qui concerne les militaires. Pour les civils, au contraire, dans les mêmes conditions, on trouve un pourcentage de 25 seulement. A quoi tient cette différence? On pourrait penser que l'infection syphilitique est plus fréquente chez les militaires que chez les civils. Cette explication est rejetée comme ne présentant aucun fondement bien sérieux. Au contraire, les traumatismes craniens se comptent avec une fréquence très grande dans les antécédents des militaires paralytiques généraux, de sorte que l'on est en droit de penser que c'est là une des raisons de la prédominance de la paralysie générale dans l'armée. En outre, fidèles à la théorie du professeur Joffroy, ils insistent sur les infections, les intoxications, l'insolation, comme pouvant produire des conditions très favorables à l'éclosion de la paralysie générale. Et l'on sait que toutes ces conditions étiologiques se trouvent réunies au plus haut point dans l'armée. Ils ajoutent à toutes ces considérations d'autres déductions qui paraissent, bien qu'établies sur des mensurations et des pesées, d'une bien moins grande solidité clinique. La paralysie générale frapperait de préférence les sujets ayant un développement physique supérieur à la moyenne. Ces sujets de haute taille ont un encéphale relativement moins développé et se trouvent par cela même en état d'infériorité vis-à-vis de toutes les causes d'amoindrissement, et, en même temps, ces sujets sont plus exposés à toutes les causes d'épuisement nerveux, du fait qu'ils appartiennent aux classes intellectuelles et qu'ils se livrent plus facilement aux excès.

VI. — *La nouvelle hystérie. Emotion. Suggestion. Imitation. Simulation*; par le Dr Paul Sollier (n° 23). — La tendance générale de l'aliéniste est de réclamer pour les anciennes idées relatives à l'hystérie la place qu'elles n'auraient point dû perdre. *La nouvelle hystérie*, c'est l'hystérie réduite à de simples phénomènes de suggestion, ou d'auto-suggestion, ayant pour caractère essentiel et distinctif de pouvoir guérir par persuasion, d'où le terme *pithiatiques*, qui leur a été donné par M. Babinski. Cette théorie est dénoncée comme inexacte, simpliste, ne rendant pas compte de tous les phénomènes et de toutes les manifestations hystériques : car, en effet, ce sont surtout les phénomènes moteurs, sensitifs et sensoriels que vise la conception pithiatique; les troubles viscéraux et les phénomènes psychologiques sont-ils alors rejetés du cadre de l'hystérie ou ne peuvent-ils pas y rentrer? Le rôle de l'émotion,

capital pour Sollier, est pour Babinski infiniment moins important que la contagion et l'imitation. Pour Sollier, voici comment on peut comprendre l'hystérie : il existe un terrain hystérique, et ce terrain est conditionné par une émotivité spéciale ; les réactions émotionnelles ont alors une tendance particulière à se systématiser à certaines fonctions, ou à se localiser, et une fois systématisées ou localisées, à persister, à se fixer. Systématisation et localisation entraînent la dissociation fonctionnelle du sujet ; persistance et fixation de ces états dissociés et systématisés entraînent la suggestibilité par le défaut de contrôle résultant de la perte des associations psychologiques, et l'aboulie, la paralysie par inertie, inhibition des centres cérébraux atteints. Sur ce terrain émotif constitué, soit par évolution naturelle, soit par développement artificiel, l'émotion pourra provoquer un épuisement cérébral, syncope avec anesthésie totale et suspension plus ou moins complète de toutes les fonctions. Si le retour fonctionnel est parfait, l'hystérique devient comme avant un prédisposé à l'hystérie. Si, au contraire, le retour des fonctions est incomplet, il y a persistance de symptômes qui ne font que traduire l'état d'amoindrissement fonctionnel du cerveau et qui ne sont en somme que la fixation des troubles provoqués par l'émotion : anesthésie et stigmates, paralysie, amnésie, aboulie, hallucinations, idées fixes. L'émotion n'agit pas toujours d'ailleurs directement sur les accidents hystériques. Elle peut les provoquer par l'intermédiaire de certains troubles qui en sont la conséquence. L'émotion n'est certes pas la cause unique des accidents hystériques, mais elle en est une des plus puissantes et des plus fréquentes. Ce rôle de l'émotion que M. Babinski veut détrôner au profit de l'auto-suggestion pour un certain groupe de phénomènes, de l'imitation et de la simulation pour un autre groupe, doit être mis en lumière et ne doit surtout pas être délaissé pour une théorie où les suppositions gratuites, les hypothèses, la négligence systématique de tout un groupe de phénomènes, à savoir les phénomènes psychologiques, tiennent plus de place que la véritable observation clinique.

A. Albès.

JOURNAUX ANGLAIS

« The Journal of mental science ».

Année 1908.

I. — *Observations sur l'indice opsonique chez les aliénés et chez différents organismes témoins*; par le Dr C. J. Shaw (numéro de janvier). — Les conclusions de ce travail sont les suivantes :

1° L'indice opsonique moyen des personnes bien portantes varie peu d'un organisme à l'autre, mais chez les aliénés, cet indice, en général, est inférieur à celui des individus normaux et l'échelle de ses variations plus grande; il en résulte que les aliénés, en tant que catégorie d'individus, sont plus susceptibles de succomber aux infections que la population saine;

2° Après l'injection d'une forte dose de nouvelle tuberculine T.R. de Koch, une période d'immunité vis-à-vis d'autres germes que le bacille de Koch peut survenir, mais ce résultat est plus fréquent chez les aliénés que chez les sujets témoins sains d'esprit ;

3° Les personnes atteintes de psychoses aiguës sont plus susceptibles de succomber aux infections que les aliénés chroniques, mais ceux-ci offrent moins de résistance que les individus sains;

4° Les aliénés sont plus prédisposés à l'infection tuberculeuse qu'à toute autre infection microbienne.

II. — *Le Récidivisme au point de vue social et psychopathologique*; par le Dr J. F. Sutherland (numéros de janvier et avril). — Nous n'avons ici que la troisième partie du mémoire de M. Sutherland. Elle est consacrée à des considérations critiques sur les doctrines anthropologiques ayant trait à la criminalité comparée dans différents pays.

Il y a certainement un ensemble de traits physiognomoniques appartenant au crime, à la délinquance, au vice, à la débauche, à la maladie ; ils sont la résultante de troubles de nutrition et de misère physiologique, d'une éducation anti-hygiénique, et sont comparables aux stigmates dégénératifs qu'apportent en naissant les fœtus qui ont pâti d'une affection intra-utérine.

Lombroso et sa doctrine rencontrent un puissant parti

d'opposition. Sa doctrine du criminel-né est battue en brèche par de nombreux adversaires d'après lesquels la criminalité est considérée à juste titre comme le produit de trois facteurs : facteur anthropologique, milieu physique, milieu social. Un milieu favorable peut empêcher la chute du prédisposé ; la culture des bons éléments de sa personnalité peut créer chez lui un pouvoir de résistance efficace contre le mal.

C'est en vain que les études biométriques de Karl Pearson tendent à prouver que les familles de dégénérés n'ont ni moins de longévité, ni moins d'aptitude à la reproduction, au contraire, que le commun des mortels. Cela peut être vrai pour une ou deux générations, mais l'extinction rapide de ces familles est un fait fatal dont la clinique fournit des exemples à l'infini.

Le terme *dégénérescence* est imprécis et trop vague ; la définition en est arbitraire ; cependant, il répond à une réalité. Un être est dégénéré quand, à un titre quelconque, il s'écarte du type représentatif de sa race et de son espèce. Tel est le cas de maint criminel. Toutefois, il y a deux modes de dégénérescence ; si la dégénérescence héréditaire est fatale, la dégénérescence acquise peut être évitée.

Les sources de la criminalité sont doubles, l'une inhérente au sujet, c'est l'hérédité ; l'autre extérieure à lui, c'est le milieu. Celui-ci peut être modifié favorablement. Des philanthropes ont prouvé qu'en supprimant pour l'enfant l'effet de la misère et du vice (par changement de milieu), on supprimait du coup la délinquance et la récidive.

Les bases de la loi pénale, à savoir le critérium du libre arbitre et la crainte des châtiments, sont défectueuses. Le plus grand nombre des délinquants sont victimes des conditions physiologiques ou sociales dans lesquelles ils vivent. La justice doit renoncer à la vengeance et au châtiment, son rôle doit se borner à protéger la société par des moyens appropriés. Les deux tiers des délinquants appartiennent à la pathologie : la seule mesure qui convienne à leur égard est la détention pour une durée indéterminée et un travail adapté aux aptitudes et à la mentalité du détenu.

L'auteur examine ensuite les causes de la récidive : ce sont la promiscuité des logements, l'intempérance, l'ignorance, l'oisiveté chez les dégénérés héréditaires ou congénitaux. Il donne un aperçu des systèmes de répression usités dans les divers pays et dont les résultats vont parfois à l'encontre du but

à atteindre. Le système des *sentences indéterminées* avec rééducation et travail, système déjà adopté en certains pays (Etats-Unis), est l'objectif qu'il convient de poursuivre scientifiquement. Pour les incorrigibles, il faut créer des établissements spéciaux en dehors des prisons, où ils pourront être maintenus pour un temps indéfini.

III. — *Quelques notes sur l'état de mal épileptique et son traitement*; par le Dr A. Banks Raffle (numéro de janvier). — L'auteur a appliqué les injections de bromhydrate d'hyoscine à la cure de l'état de mal épileptique et a obtenu d'excellents résultats qu'il désirerait voir contrôler par ses confrères.

IV. — *Traitement des psychoses aiguës par le repos au lit et en plein air*; par le Dr J. Wiglesworth (numéro de janvier). — Pendant plusieurs étés depuis 1904, M. Wiglesworth a traité, à l'asile de Rainhill les psychoses aiguës par le repos au lit en plein air, sous des vérandas ou des tentes. Ce traitement, qui a l'avantage de réduire au minimum l'emploi des narcotiques, n'est pas applicable à tous les cas, par exemple lorsqu'il y a un trop grand épuisement du système nerveux; mais les maniaques, les mélancoliques et les stupides en retirent le plus grand bénéfice, et il est certain que des malades ont guéri par ce traitement qui n'auraient pu bénéficier d'aucun autre moyen thérapeutique.

V. — *Un cas de narcolepsie*; par le Dr R. Dods Brown (numéro de janvier).

VI. — *Trois cas de paralysie générale juvénile*; par le Dr Colin J.-J. Mac Dowal (numéro de janvier).

VII. — *La menstruation chez les aliénées*; par le Dr T. C. Mackensie (numéro de janvier).

VIII. — *Manie aiguë consécutive à l'anesthésie générale par l'éther*; par le Dr Guy Rowland East (numéro de janvier).

IX. — *Symptômes et étiologie de la Manie*; par le Dr Lewis C. Bruce (numéro d'avril). — Ces trois « Morison Lectures » peuvent se résumer de la façon suivante :

1. — Les états maniaques sont produits par une infection ou une intoxication des centres nerveux. L'hérédité joue communément le rôle important de cause prédisposante. Il faut chercher les causes efficientes dans une infection bactérienne; les expériences bactériologiques semblent démontrer qu'il s'agit d'une infection strepto ou staphylococcique; toutefois, comme la présence de ces microbes se révèle aussi bien chez les individus normaux que chez les maniaques, il doit y avoir chez

ces derniers un autre facteur déterminant et ce facteur est très probablement la faiblesse héréditaire du système nerveux. Bien que l'état infectieux chez le maniaque ne soit pas décelé par une élévation de température, l'abondance insolite des leucocytes dans son système sanguin démontre suffisamment l'état toxémique. La flore bactérienne intestinale est modifiée dans 50 p. 100 des cas ; l'analyse des urines indique un excès du métabolisme nutritif comme dans les maladies infectieuses.

2. — Le sérum sanguin, dans l'état de santé, contient des agglutinines protectrices contre certaines espèces de staphylocoques et de streptocoques. Chez 60 p. 100 des maniaques, ces agglutinines semblent faire défaut. Dans le sérum sanguin des maniaques, il existe des agglutinines spécifiques contre certains organismes du groupe streptococcique, ce qui est très rare chez les personnes normales. — La leucocytose polynucléaire est très exagérée chez les maniaques ; or, ce phénomène est regardé comme caractéristique des toxémies bactériennes. — La manie confusionnelle n'est qu'un épisode psychopathique d'une infection chronique de forme insidieuse ou larvée.

3. — L'examen bactériologique du sang de quinze maniaques a été négatif, sauf dans un cas de manie confusionnelle. On peut en conclure que les microorganismes sont rares dans le sang des maniaques. — Dans l'urine de vingt maniaques, on a trouvé un grand nombre de microbes, particulièrement des cocci. L'urine des sujets sains témoins ne contenait que de rares microorganismes. Eu égard au grand nombre de microbes contenus dans l'urine des maniaques, les essais de culture ont rarement réussi, ce qui semble indiquer que ces germes étaient morts et provenaient d'une résorption intestinale, les maniaques étant souvent atteints de catarrhe atrophique de l'intestin, affection qui favorise la phagocytose. — L'examen bactériologique des fèces a révélé, dans 59 p. 100 des maniaques examinés, la présence de nombreux streptocoques, si nombreux que, dans deux cas, on ne trouva pas de colibacilles ; or, la prédominance du streptocoque dans les matières des personnes normales est tout à fait exceptionnelle. — Six streptocoques agglutinés par le sérum des porteurs, mais non pas celui des individus témoins, furent isolés des fèces de vingt-sept maniaques et inoculés aux animaux ; ils ne produisirent par de pus, ce qui semble leur conférer un caractère différentiel. Les essais tentés pour produire des anti-sérums contre les microorganismes par inoculation à la chèvre et à la brebis ont échoué.

Les tentatives d'immunisation par injection de vaccin provenant de ces microbes produisirent une exaspération des symptômes de la manie et, au bout de six semaines, le sang des malades inoculés, expérimenté *in vitro*, ne contenait aucun principe immunisateur.

En résumé, la manie est un syndrome d'origine bactérienne et plus exactement streptococcique ; le microbe, qui a son siège dans l'intestin, attaque le cerveau par l'intermédiaire des toxines qu'il sécrète et qui sont résorbées par le sang.

X. — *L'unité de la folie comme base d'une classification* ; par le Dr Thomas Drapes (numéro d'avril). — On n'a pu encore formuler une définition satisfaisante de la folie et on ne le pourra peut-être jamais ; mais il est nécessaire, néanmoins, au point de vue clinique, de concevoir nettement ce qu'on doit entendre par ce terme. De là les tentatives innombrables de classification des syndromes mentaux, tentatives peu heureuses et de nature à dérouter plutôt qu'à guider le travailleur. La folie est *une*, tandis que ses manifestations varient suivant les individus. Une classification pratique devrait reposer sur une ou plusieurs bases uniformes, de telle sorte que chaque sujet puisse être immédiatement placé dans la catégorie à laquelle il appartient. L'auteur propose deux grandes classes : les folies congénitales et les folies acquises. La folie congénitale comporterait deux divisions, selon qu'elle serait ou non compliquée d'épilepsie ; elle comprendrait en outre une case pour la folie morale. Pour la classe des folies acquises, on pourrait la diviser en compartiments étiquetés selon la *durée* de la maladie, son *intensité*, ses *symptômes prédominants*, sa *périodicité*, etc. Selon l'auteur, cette classification serait simple, pratique et infaillible.

XI. — *Résultats pratiques donnés par les injections de tuberculine* ; par le Dr C. J. Shaw (numéro d'avril). — L'injection de tuberculine chez les aliénés soumis aux expériences de M. Shaw, ne produit, dans aucun cas, une élévation marquée de température. Dans deux cas, il y eut accélération du pouls ; deux paralytiques généraux, sur les dix-huit sujets, furent les seuls qui offrirent une très légère réaction générale. Il n'y a pas eu de différence sensible entre les sujets au point de vue de la production de la leucocytose. Il y a eu prédominance marquée des grands lymphocytes, particulièrement chez les chroniques jeunes. Or, L. C. Bruce a constaté que cette variété de lymphocytes était toujours augmentée chez les très jeunes aliénés. L'action des injections sur l'excrétion urinaire a été

extrêmement variable; aucune conclusion précise ne peut être tirée des analyses pratiquées. Les modifications de l'état mental ont été notées dans tous les cas. Rien ne s'est produit à la suite d'injections de 1/750 milligramme de T. R.; sur sept sujets injectés à la dose de 1/500 milligramme de T. R , trois présentèrent une aggravation temporaire des symptômes mentaux; chez deux mélancoliques, il y eut une amélioration; un stupide reprit momentanément contact avec le monde extérieur. En somme, aucun de ces résultats ne présente d'intérêt au point de vue de la thérapeutique des psychoses.

XII. — *De l'accès de mélancolie*; par le Dr R. R. Leaper (numéro d'avril). — Aujourd'hui, l'auto-intoxication règne en maîtresse dans la pathogénie de la mélancolie, et nul doute que bientôt on découvrira, dans le sang de ces malades, un bacille spécifique! Mais l'auteur fait des vœux pour qu'il soit aussitôt combattu, pourchassé et précipité — comme la mélancolie elle-même — dans l'abîme du désespoir. C'est qu'en effet le problème est plus compliqué; les toxines, l'augmentation de la pression artérielle, sont loin d'expliquer tout dans la mélancolie. Prenez un organisme à tendances névropathiques, prédisposé aux troubles mentaux, et enfin débilité ou épuisé; faites agir sur lui un choc moral, un violent chagrin : une idée fixe de nature pénible, qui s'imposera irrésistiblement, prendra naissance : telle est la première phase, et ce n'est qu'à ce moment que l'auto-intoxication entrera en ligne, si toutefois son rôle est aussi important qu'il est de mode de le soutenir.

XIII. — *Notes statistiques sur les fous criminels à l'asile du Punjab*; par le Dr C. J. Robertson Milne (numéro d'avril).— Le 1er mars 1906, il y avait, dans l'asile du Punjab, 591 aliénés des deux sexes; sur ce nombre, 121 étaient des criminels. Cette proportion si considérable est encore inférieure à celle des autres asiles de l'Inde; elle s'explique en partie par ce fait que, seuls, les aliénés vraiment dangereux sont séquestrés, les autres étant conservés dans leurs familles. Ces criminels se divisent en trois catégories : 1° ceux qui sont reconnus irresponsables avant toute procédure; 2° ceux qui ont été déclarés coupables, mais qui ont ensuite été acquittés comme étant aliénés; 3° ceux qui sont devenus aliénés en cours de peine.

Sur les 121 individus en question (109 hommes et 12 femmes) 77, soit près de 66 p. 100, étaient des assassins. Deux de ces derniers, depuis leur admission à l'asile, avaient tué plusieurs de leurs compagnons; deux autres en avaient fait autant pen-

dant leur séjour en prison. Tous quatre étaient de dangereux maniaques homicides : l'un d'eux, après avoir tué son compagnon de cellule, l'avait même en partie dévoré.

Les rapports sexuels contre nature n'étant pas considérés au Punjab comme immoraux ou criminels, ne figurent pas dans cette statistique ; ils sont d'ailleurs en usage parmi les malades de l'asile et il est presque impossible de les empêcher. La question d'un asile d'aliénés criminels s'impose et la question est étudiée par les pouvoirs publics.

XIV. — *Amentia et démence* ; par le Dr Joseph Shaw Bolton (numéros de janvier, avril et juillet). — Cet important mémoire est consacré à la vérification et à la confirmation des études antérieures de l'auteur sur les rapports des différentes formes cliniques du trouble mental avec les lésions anatomiques révélées par l'autopsie. Comme conséquence de ses constatations anatomo-cliniques et histologiques, il a été amené à établir une classification provisoire des maladies mentales dans laquelle il s'est servi, dans le sens le plus étendu, du terme *amentia* qui désigne la condition des sujets qui sont frappés d'un développement incomplet du système nerveux. Ce terme est plus compréhensif qu'*imbécillité* ou *idiotie* ; il englobe les individus dont l'infériorité psychique congénitale peut ne se révéler qu'à certaines périodes de la vie : par exemple, à la fin de la première enfance, à la puberté, à l'adolescence, au moment du mariage, à la maturité, au cours de la vie sexuelle chez la femme, aux époques climatériques, etc. ; en un mot, dans toutes les circonstances où peut fléchir le cerveau du dégénéré et de l'héréditaire. L'*amentia* comprend donc deux degrés : l'inférieur, constitué par les imbéciles et les idiots ; le supérieur, par ceux dont l'arrêt de développement cérébral ne se révèle qu'à l'occasion de la puberté ou postérieurement : ce sont les dégénérés à stigmates. Chez eux, les manifestations psychopathiques peuvent guérir temporairement ou passer à l'état chronique avec ou sans affaiblissement démentiel. Le cerveau, à l'autopsie, n'offre aucune lésion qui explique le trouble mental.

Le terme *démence* s'applique, dans la classification de l'auteur, à une infirmité psychique permanente due à des lésions définitives des centres nerveux et non à un affaiblissement temporaire ou irrémédiable des facultés, selon l'usage qui prédomine actuellement.

Le développement de la démence est variable suivant ces différents états. Chez les malades souffrant de l'amentia du

degré inférieur, les neurones sont relativement stables, les causes déterminantes n'ont pas l'occasion d'agir, la mort arrive avant l'insénescence des éléments anatomiqnes; la *démence* (dans le sens de l'anteur) ne se développe pas. Dans l'*amentia* dn degré supérieur, on pent poser en fait que plus les nenrones sont développés, plus, en raison de leur faible résistance aux causes occasionnelles, ils snccombent facilement et rapidement aux lésions de la démence, démence en général incomplète, celle de la folie chronique. Toutefois la démence de la pnberté est plns grave que celle de l'âge adnlte et de l'âge présénile.

Les tendances de M. Bolton à la simplification des formes mentales sont, fait-il observer, en rapport avec les recherches les plus récentes en psychiatrie qui tendent à faire de la folie ramenée à l'unité l'expression symptomatique, d'une part, d'nne évolution incomplète du cerveau, de l'autre, d'une involntion et d'une destruction de cet organe. Si son essai de donner à la folie une base somatique est sujet à contestation, il a la satisfaction de penser que les recherches histologiqnes futures viendront démontrer l'exactitude de ses observations et, en développant nos connaissances sur les fonctions du cerveau, confirmer ses vues sur l'existence d'un substratum physique de la folie en général, et, en particulier, de ses divers syndromes considérés actuellement comme autant d'affections mentales autonomes.

XV. — *Observations sur les formes bénignes de trouble mental chez les vieillards, pathologie et traitement*; par le Dr Alexander Robertson (numéro de juillet). — De sa pratique à l'hospice des vieillards de Glascow, l'autenr tire les remarques suivantes : On observe fréquemment chez les vieillards, athéromateux surtout, des crises de manie de courte dnrée, d'un pronostic bénin, et dont viennent facilement à bout les procédés thérapeutiques les plus élémentaires. Il n'en est pas de même quand il s'agit de troubles hallucinatoires; le dérangement intellectuel survit alors à la disparition des troubles sensoriels, qui reparaissent plus ou moins fréquemment, parfois en changeant de forme. Suivent quelques observations cliniques. Son observation n'est pas d'accord avec celle des auteurs qui prétendent que la mélancolie et l'hypocondrie sont les psychoses les plus fréquemment observées chez le vieillard. Peut-être est-ce dû aux conditions d'hygiène et de confort irréprochables où vivent les malades de l'hospice. On sait, en effet, que la misère est souvent la cause déterminante de la mélancolie sénile.

XVI. — *Philosophie de la psychiatrie*; par le Dr Bernard

Hart (numéro de juillet). — Le but de cette dissertation est de démontrer la nécessité de concilier et d'associer les deux méthodes, physiologique et psychologique, qui se partagent l'étude des maladies mentales. Ce sont deux aspects d'un même objet, l'esprit humain. Ces deux méthodes d'étude faisant usage du même concept de causalité, là où il est question de causes et d'effets, il est aussi forcément question de thérapeutique, cette dernière étant un effort pour introduire un facteur nouveau dans une chaîne de causes en vue de produire un effet donné. La thérapeutique physiologique doit donc être regardée comme le but final de la méthode physiologique en ce qui concerne la conception de la folie, et la psychothérapie comme le but final de la méthode psychologique. L'une et l'autre sont plausibles; il n'y a pas de raison de proscrire l'une plutôt que l'autre; il n'y en a pas de mettre l'une au-dessus de l'autre et, si la méthode physiologique est plus avancée scientifiquement que la psychologique, cette dernière a donné entre les mains de Janet, de Freud et de Jung des résultats assez brillants pour qu'on lui accorde quelque considération et quelque crédit.

XVII. — *Les récréations intellectuelles des infirmières d'aliénés*; par le Dr Robert Jones (numéro de juillet). — Ce discours, prononcé devant l'Association des infirmières des asiles, est un chaud plaidoyer en faveur de l'amélioration de la situation morale des *nurses* par les arts, la musique, la peinture, la littérature et les distractions intellectuelles de tout genre.

XVIII. — *Démence précoce et dégénérescence mentale en Syrie*; par le Dr H. Thwaites (numéro de juillet). — M. Thwaites a constaté, pendant ses trois ans et demi de pratique à l'hôpital d'aliénés du Liban, la prédominance absolue d'une forme mentale qu'un seul terme est capable d'englober, malgré la diversité des symptômes, celui de *démence précoce*. Vingt-sept pour cent des admissions, c'est-à-dire plus d'un quart, répondaient à ce diagnostic. La forme hébéphrénique, dans ce nombre, figurait presque pour moitié; la forme catatonique également; une très petite proportion seulement répondait à la forme paranoïde. Deux fois moins commune chez les femmes que chez les hommes, la démence précoce affectait de préférence chez ces derniers la forme hébéphrénique, et la forme catatonique chez les premières. — L'auteur fait suivre ces données cliniques de considérations générales sur la nature de cette affection, qu'il considère comme un produit de la dégénérescence et des tendances particulières de la mentalité syrienne

que caractérisent l'indifférence, l'apathie, le fatalisme et un manque particulier d'affectivité. Or, le premier symptôme de la démence précoce est précisément, selon Kraepelin, la disparition de la sensibilité affective.

XIX. — *Observations sur le traitement hospitalier des épileptiques aliénés*; par le Dr Léonard D. H. Baugh (numéro de juillet). — Le traitement des épileptiques aliénés à l'hôpital, avec l'alitement et le confort qu'ils y rencontrent, présente des avantages qui peuvent être résumés ainsi : Les malades bénéficient d'un traitement *individuel*; ils sont placés dans des conditions d'hygiène qui rétablissent la nutrition dans son état physiologique normal: les accès mentaux intercurrents sont conjurés; les plus graves manifestations du mal sont atténuées; la guérison, lorsqu'elle est possible, est facilitée. Quelque heureux qu'aient été les résultats obtenus par le système des colonies, le système hospitalier lui est médicalement supérieur et l'idéal serait de combiner les deux ensemble.

XX. — *Quelques observations à propos de la folie chez les Juifs*; par le Dr Harvey Baird (numéro de juillet).—La grande majorité des juifs aliénés de Londres est dirigée sur l'asile de Colney-Hatch, où l'on a pris les mesures nécessaires au maintien et à l'observance de leurs rites et coutumes, ce qui a permis à M. Baird de faire les observations suivantes : 1° Le nombre des juifs aliénés de Londres double tous les dix ans; 2° l'âge moyen de leur entrée à l'asile est de six ans au-dessous de l'âge des non-juifs; 3° les excès alcooliques, en tant que cause d'aliénation, sont trois fois moins fréquents chez les juifs que chez les non-juifs; 4° la folie de la grossesse est proportionnellement deux fois plus fréquente chez les femmes juives que chez les autres; 5° la paralysie générale est un peu moins fréquente chez eux; 6° les juifs étrangers sont proportionnellement plus difficiles et plus désagréables; 7° le pronostic des psychoses chez les juifs est moins bon que chez les autres.

XXI. — *L'assistance des aliénés chez les particuliers*; par le Dr Cuningham (numéro de juillet). — Pénétré de la nécessité de modifier, tant au point de vue médical que financier, les errements actuellement suivis en Angleterre pour l'assistance des aliénés, l'auteur demande l'installation d'hôpitaux psychiatriques pour le traitement des psychoses aiguës et le placement familial des chroniques dans la mesure la plus large. Il a visité les pays où des colonies d'aliénés existent, Hollande, Belgique, Allemagne, France, Ecosse et fournit des détails sur l'organi-

sation financière et administrative de ces institutions ainsi que des chiffres statistiques montrant leurs avantages au point de vue philanthropique et social.

XXII. — *Paralysie générale chez le père, la mère et le fils*; par le Dr Colin F. F. Mac Dowal (numéro de juillet). — Malgré la fréquence de cette affection, on n'avait pas encore fourni d'exemple de paralysie générale atteignant à la fois le père, la mère et le fils. Chez le père, il s'agit d'une forme à évolution classique. La mère, dont l'aïeul et une sœur ont été aliénés, eut plusieurs accès d'aliénation de forme paranoiaque avant de présenter les signes indubitables de la méningo-encéphalite. Chez le fils, la maladie débuta à vingt-trois ans par une crise délirante et s'acheva après deux ans de démence accompagnée des symptômes physiques habituels par une attaque épileptiforme. Doit-on invoquer la syphilis? La chose paraît probable, eu égard aux antécédents du père, noté comme ayant mené une vie dissolue, mais aucune certitude n'existe à cet égard. Le fils ne présentait pas les signes typiques de la syphilis congénitale, cependant il avait une grosse tête à régions pariétales saillantes et des dents irrégulières.

XXIII. — *Un cas de crétinisme*; par le Dr Guy R. East (numéro de juillet). — Il s'agit d'un cas typique de crétinisme sporadique chez un sujet né dans le comté de Durham et âgé de quarante-cinq ans. Il était en outre épileptique. L'étiologie du cas reste indéterminée.

XXIV. — *Des bases physiques de l'esprit*; par le Dr Charles Mercier (numéro d'octobre). — Dans ce discours présidentiel prononcé à l'Assemblée annuelle de l'Association médico-psychologique anglaise en 1908, M. Mercier reprend la vieille question des rapports du physique et du moral. Tout est mystère : l'espace et le temps ne sont pour nous que des abstractions incompréhensibles. La matière est formée de molécules, qui sont formées d'atomes, qui sont formés d'ions, qui ressemblent fort à quelque vague conception métaphysique; mais le mystère des mystères, c'est encore l'esprit humain dans ses rapports avec la matière. Cependant quelques lueurs se dégagent des progrès récents de la physiologie cérébrale; l'auteur, avec un talent remarquable d'orateur et d'écrivain, s'efforce de les faire briller aux yeux de son auditoire.

XXV. — *Quelques observations nouvelles à propos de l'hypothèse des thromboses capillaires, envisagées comme causes de l'attaque épileptique*; par le Dr John Turner (numéro d'octobre).

— Pour M. Turner, l'épilepsie est la conséquence d'une structure défectueuse du système nerveux d'origine congénitale ou évolutive; ce qui caractérise en outre cette affection, c'est un état anormal du sang, avec tendance exagérée à la coagulation. La cause efficiente des attaques serait une stase soudaine du courant sanguin dans les vaisseaux corticaux, et finalement l'obstruction des capillaires par des caillots, des thromboses microscopiques. Cette opinion est étayée par plusieurs ordres de preuves : les preuves expérimentales d'abord; en second lieu, l'anatomie pathologique; les examens microscopiques de l'auteur établissent que 80 p. 100 des cerveaux d'épileptiques présentent des thromboses capillaires sous forme de petits corps sphériques, dont les réactions prouvent la nature vivante et qui n'ont rien d'agonique, comme on l'a prétendu. D'ailleurs, on a la preuve que, chez les épileptiques, dans les périodes précrisiaques, le sang acquiert progressivement la propriété de se coaguler d'une façon anormale.

Au point de vue clinique, les recherches de l'auteur établissent que le degré de coagulation du sang chez les épileptiques les plus atteints est plus rapide que chez aucune autre catégorie d'individus; que, chez les épileptiques à crises fréquentes, le degré de coagulation est exagéré pendant la période des attaques; qu'avant et pendant les attaques, cette rapidité s'exagère encore, car, chez certains, de vingt-quatre à quarante-huit heures après une crise, il se produit un retard dans la coagulation; que, chez certains épileptiques à crises rares et espacées, la coagulation n'est pas accélérée, sauf avant et pendant les attaques.

A quoi attribuer cette tendance exagérée à la coagulation? Indubitablement, à une intoxication; l'épilepsie est une maladie toxémique; l'accélération de la coagulation est due à une ou plusieurs toxines qui, par accumulation ou autrement, déterminent les thromboses capillaires qui précipitent les accès. Dans cette théorie, la toxine n'est que cause seconde : la cause première est la lésion anatomique.

XXVI.— *La question de la démence précoce*; par le Dr Robert Jones (numéro d'octobre). — Voici les conclusions de cet essai critique : 1° Il n'y a pas d'affection définie répondant au terme de *démence précoce*; les descriptions de ce soi-disant complexus englobent presque toutes les variétés possibles de folie; 2° l'expression de *démence* ne saurait s'appliquer dans l'espèce, puisqu'elle implique une déchéance définitive, incurable des

fonctions psychiques ; 3° le mot *démence* ne saurait correctement s'appliquer aux cas où la perte de la mémoire n'est pas un symptôme précoce et prédominant ; 4° on ne sait dans quels cas il s'applique à une phase terminale de la maladie ou à un simple état passager de stupeur ; 5° le qualificatif *précoce* est équivoque, visant à la fois l'âge de la maladie et l'âge du malade ; 6° un terme qui s'applique à une entité définie devrait répondre à un complexus symptomatique également défini, ce qui n'est pas le cas ; 7° enfin, il est plus conforme à l'observation et d'un plus grand secours pour le diagnostic et le traitement de conserver, au lieu de *démence précoce*, le terme de *Psychose des adolescents* avec les divisions qu'il comporte, selon l'usage adopté jusqu'ici.

XXVII. — *Démence précoce* ; par le Dr A. R. Urquhart (numéro d'octobre). — Après avoir montré tout ce que ce terme a d'équivoque et combien peu il répond à un syndrome défini comportant un diagnostic, un pronostic et un traitement particulier ; après avoir protesté contre l'absurdité et l'impropriété de tous les néologismes qui nous sont venus dans les fourgons de cette nouvelle maladie, les *stéréotypies*, le *négativisme*, et *tutti quanti*, l'auteur conclut : que gagnons-nous à accepter la *démence précoce* et à rejeter la *psychose des adolescents* ? Ce dernier vocable nous est fort utile pour l'étude de certains cas bien caractérisés, l'autre ne peut nous servir à rien. On a répandu beaucoup d'encre, beaucoup ratiociné sur la démence précoce, et malgré tout, nous ne pouvons nous empêcher de considérer cette nouvelle venue que comme une intruse inopportune, une étrangère dont le besoin ne se faisait nullement sentir.

XXVIII. — *Leucocytose : ses rapports avec les troubles mentaux aigus et sa signification* ; par le Dr Colin F. F. Mac Dowall (numéro d'octobre). — La leucocytose est le signe d'une réaction qui se produit dans l'organisme humain sous l'influence d'une toxine, le résultat d'une prolifération bactérienne, le produit des agents destructeurs de germes qui ont reçu le nom d'*alexines*. Nous pouvons donc, en mesurant le nombre des leucocytes, nous faire une opinion sur la quantité de poison qui circule dans l'organisme et sur les moyens qu'emploie la nature pour le détruire.

Dans tous les cas de psychose aiguë de forme maniaque avec excitation et dépression, l'auteur a constaté une leucocytose plus ou moins marquée, variant dans des limites plus ou moins étendues ; le nombre des leucocytes peut atteindre

34.000 par centimètre cube, celui des polynucléaires, entre 75 et 80.

Dans le cas de dépression sans excitation, le chiffre des leucocytes peut atteindre 18.000 et celui des polynucléaires 88.

Dans les cas qui doivent guérir, la leucocytose disparaît peu à peu et commence au bout de trois semaines à diminuer. Il se produit quelques oscillations avant le retour à la normale.

Dans les cas qui ne marchent pas vers la guérison, la leucocytose est très irrégulière, sans jamais tomber au niveau normal; elle évolue entre 20.000 et 8.000. Les polynucléaires demeurent nombreux. Pendant des semaines, les choses restent en l'état, puis la leucocytose revient à la normale pendant que le malade évolue vers la démence.

Chez les individus qui ont déjà été atteints de trouble mental, la leucocytose est rarement abondante, mais les polynucléaires sont habituellement nombreux et peuvent s'élever à la proportion de 90 p. 100.

Il n'y a pas de réaction leucocytaire chez les séniles.

L'éosinophilie existe au début de la confusion mentale (états d'excitation et de dépression); elle ne se produit pas dans la mélancolie.

Les leucocytes basophiles ont été rencontrés en excès dans toutes les formes aiguës, mais sans qu'on puisse établir une relation entre leur présence et le trouble mental.

XXIX. — *Quelques aspects de l'alcoolisme*; par Lady Henry Somerset (numéro d'octobre). — Lady Somerset, exposant les résultats de son expérience, acquise dans le milieu de la Maison de réforme pour femmes alcooliques qu'elle a fondée et où elle passe sa vie, rappelle d'abord ce qui existait avant la législation anglaise actuelle sur l'alcoolisme. On réprimait, on ne cherchait pas à corriger. Après quelques semaines de prison, les alcooliques rentraient dans la société à l'heure précise où l'envie de boire se faisait plus impérieuse et leurs nouveaux excès ne tardaient pas à leur ouvrir de nouveau les portes de la prison. Certains sujets subissaient ainsi des condamnations par centaines. On peut citer le cas de miss Jane Cakebread, qui fut mise trois cents fois en prison. Or, ce n'était pas à proprement parler une alcoolique, mais une aliénée qui, sous l'influence de ses excès, devenait temporairement dangereuse. On finit par s'en apercevoir et on la séquestra dans un asile; et c'est ainsi qu'une folle authentique fut condamnée trois cents fois à la prison. Une autre alcoolique notoire, Annie Adams, surnommée

la « terreur d'Holloway », qui avait subi deux cents condamnations, était au contraire, dans ses crises d'alcoolisme, la plus douce personne du monde.

Certaines délinquantes peuvent se livrer à l'alcoolisme ; mais, par contre, de nombreuses alcooliques commettent des crimes sans être véritablement des criminelles. Il y a là une distinction importante qui s'impose au point de vue du traitement moral. Les femmes admises à la Maison de réforme absorbent toutes sortes de breuvages : vins médicamenteux, spécialités contenant de fortes proportions d'alcool, jusqu'à de l'alcool méthylique. Les buveuses de ce dernier produit sont les plus difficiles à guérir. On s'imagine que la tendance à s'intoxiquer ne provient que du désir de se procurer une stimulation agréable, tandis qu'elle est, en réalité, la recherche d'une sensation, et tout ce qui peut produire le plus vite cette sensation est absorbé par les buveuses. L'auteur a connu une femme qui se levait la nuit pour boire l'essence de la lampe.

Un autre fait d'expérience, c'est qu'on ne rencontre jamais de femmes ayant conscience de leur état d'intoxication ; c'est ce qui explique les longs délais qui sont nécessaires pour obtenir la guérison. Ce n'est pas au bout de quelques mois ni même d'une année qu'elles sont aptes à se rendre compte de leur véritable situation et à l'apprécier raisonnablement.

L'intoxication, chez la femme, prend toutes les formes possibles : opium, morphine, chlorodyne, cocaïne, véronal ; on la rencontre dans toutes les classes de la société.

Parmi les causes de ces tristes excès, il convient de placer en première ligne les horribles conditions de l'existence des classes pauvres à Londres ; la tristesse et la monotonie de la vie des femmes des classes moyennes dans laquelle n'intervient jamais la moindre distraction, le moindre plaisir ; une nourriture mauvaise et insuffisante ; l'abus des condiments.

L'auteur, dans l'établissement qu'elle a créé, a cherché à ramener les malades à la vie familiale. A leur entrée, elles font un court séjour à l'infirmerie, où elles sont soignées comme de vraies malades, désintoxiquées et soumises à un régime diététique de transition. Puis, elles sont installées par groupes dans des cottages qui ont l'aspect intime d'un intérieur familial. Le travail est la règle pour toutes : on tâche de les intéresser à une occupation dont elles n'ont pas l'habitude afin de briser autant que possible avec le passé, de les intéresser à des choses nouvelles, de donner à leurs idées une orientation différente.

La question toilette est soigneusement traitée, car il convient de réveiller chez beaucoup de ces êtres déchus le sentiment de la dignité personnelle. Il en résulte que beaucoup des malades, le temps de la sortie arrivé, quittent avec regret la Maison de réforme et que le désir de certaines d'entre elles serait de ne la quitter jamais. Parmi les personnes guéries, on recrute d'excellentes infirmières, d'autant plus dévouées qu'elles ont conscience de la peine qu'elles ont donnée. Les rechutes ne doivent pas décourager; elles ne sont pas le signe d'un état incurable, et, parmi celles qu'on serait tenté d'abandonner, plus d'une est susceptible, avec du temps et de la méthode, de recouvrer une santé complète et définitive.

XXX. — *Les principes du traitement de l'épilepsie*; par le Dr Alan Mac Dougall (numéro d'octobre). — Brèves considérations sur le traitement de l'épilepsie qui, au point de vue social autant que thérapeutique, n'est vraiment rationnel que dans une colonie comme celle que dirige l'auteur.

XXXI. — *Du traitement de la morphinomanie et de l'alcoolisme par l'atropine*; par le Dr Mary S. P. Strangman (numéro d'octobre). — L'auteur cite deux observations où le sevrage de l'intoxication opiacée fut grandement favorisé par l'injection de doses très élevées d'atropine et de strychnine, et quelques cas d'alcoolisme où les résultats furent, dans leur ensemble, moins satisfaisants.

A. Cullerre.

Review of Neurology and Psychiatry.

Année 1909.

I. — *Méningite gonococcique*; par le Dr George Henderson et W.-T. Ritchie (numéro de février). — Les auteurs rapportent un cas de méningite gonococcique, forme très rare — comme on sait — de la méningite cérébro-spinale, et on peut le résumer ainsi :

Un homme de vingt-trois ans, d'excellente santé antérieure présente des symptômes aigus de méningite cérébro-spinale et de la polyarthrite huit jours après une blennorragie. Une guérison complète a été obtenue sans traitement spécifique antiméningococcique.

Des gonocoques, mais point de méningocoques, furent trouvés dans l'écoulement urétral. Les seuls microorganismes

rencontrés dans le liquide rachidien étaient quelques rares diplocoques intra et extracellulaires négatifs au Gram, aplatis, et identiques comme forme aux gonocoques. Il ne fut pas possible d'obtenir des cultures.

Un jeune cobaye et trois souris ne présentèrent pas de symptômes morbides après inoculation intrapéritonéale de liquide cérébro-spinal.

Le problème se posait donc de savoir s'il y avait une infection gonococcique méningée et articulaire ou s'il y avait une double infection gonococcique et méningococcique.

L'examen du sérum fixa le diagnostic : le sérum du malade agglutina le gonocoque rapidement et le méningocoque très légèrement.

II. — *De la présence des cylindraxes dans cinq cas de gliome cérébral* ; par le Dr Ch. Metcalfe Byrnes (numéro de mars). — L'auteur signale que, dans trois cas de gliome cérébral sur cinq, il a trouvé en plein tissu gliomateux des fibres nerveuses à la fois par les méthodes de Weigert et de Bielschowsky. Dans deux cas, les cylindraxes faisaient entièrement défaut ainsi que les gouttelettes de myéline d'après la méthode de Weigert, tandis que les cylindraxes pouvaient se voir dans la préparation argentique du même tissu. Ainsi il n'y aurait pas de relation très intime entre le cylindraxe et sa gaine et Brodman a pu soutenir même qu'il n'y a aucune relation entre la myélinisation et la formation des fibrilles.

L'auteur a trouvé un plus grand nombre de cylindraxes dans les préparations au nitrate d'argent que dans celles au procédé de Weigert et il conclut après examen que non seulement des fibres nerveuses sont retenues dans le tissu gliomateux, mais qu'un grand nombre d'axones passe intact à travers la tumeur.

III. — *Un cas de tabes sacré avec nécropsie* ; par le Dr Léopold (numéro de mars). — Il s'agit d'un malade de cinquante-quatre ans, souffrant depuis dix-huit mois d'ataxie et de troubles urinaires et présentant de l'hypotonicité, de la paresse pupillaire, de l'abolition du réflexe achilléen et des réflexes rotuliens normaux.

A l'autopsie, on trouve les altérations habituelles du tabes, localisées à la région sacrée et à peine marquées à la région lombaire.

IV. — *L'albumine dans le liquide cérébro-spinal des paralytiques généraux* ; par le Dr Ernest Jones (numéro de juin). — L'augmentation de la teneur en albumine du liquide céphalo-

rachidien est presque de règle absolue dans la paralysie générale; il s'agit d'une englobuline qui est liée à la formation des anticorps, lesqnels sont les agents actifs dans la réaction de Wassermann. Les deux meilleurs procédés de recherche seraient celui à l'acide butyrique de Noguchi et celni au sulfate d'ammoniaque. Cette recherche serait du plus grand intérêt pour le diagnostic de la paralysie générale et des autres affections non syphilitiques du système nerveux.

V. — *Note sur la distribution géographique du tabes*; par le Dr R. T. Williamson (numéro d'août). — Contre l'importance étiologique de la syphilis dans le tabes (89 p. 100 des tabes seraient syphilitiques pour Erb) se dresse ce fait que dans certains pays la syphilis est très fréquente et le tabes exceptionnel. L'auteur passe en revue les statistiqnes pour ces pays et cherche les causes des différences constatées.

Pour 100.000 habitants, la moyenne des décès par tabes serait de 1,9 à Londres, 1,2 à Manchester, 2,6 à Paris, 6,4 à Berlin, 7,4 à Buda-Pest, 0,36 à Madrid, 7,4 au Colorado, 2,7 à New-York, etc. Le plus haut pourcentage se trouverait à Buda-Pest, Berlin et au Colorado; il serait 2 fois 1/2 plus élevé à Berlin qu'à Paris et 3 fois 1/2 plus élevé à Berlin qu'à Londres. Par contre, en Bosnie et Herzégovine où la syphilis, au dire de six spécialistes consultés, est fréquente, le tabes serait tout à fait exceptionnel. Il en serait de même dans beaucoup de districts de la Russie et de l'Asie, l'Abyssinie, la Perse, le Japon. En Algérie, le tabes et la paralysie générale seraient très rares chez les Arabes, en dépit de la fréquence de la syphilis, et assez communs chez les Juifs. Des statistiques serrées de près montrent également la rareté du tabes chez les négres de l'Amérique du Nord. Le problème étiologique ferait un grand pas en avant si on découvrait un pays où le tabes existe en dehors de toute existence de syphilis; mais on ne peut trancher encore cette question de façon définitive, car si la syphilis paraît ne pas exister au Groenland, au Labrador, de même que le tabes et la paralysie générale, du moins les statistiques rigoureuses manquent.

Il semble du moins établi que le tabes est exceptionnel dans des contrées où la syphilis est commune.

Il y aurait lieu de rechercher davantage l'importance étiologique du chancre mou qui pourrait être incriminé au même titre que la syphilis (Hitzig).

Il y a à tenir compte des notions d'épuisement et de tension

excessive, la syphilis pouvant bien atteindre les centres dans ces cas seulement. Deux hypothèses se font jour, à savoir que les habitants de certains pays ne sont pas trop exposés au surmenage du système nerveux ou que le virus syphilitique n'a pas partout la même tendance élective.

L'auteur pense que le tabes s'observera plus fréquemment dans les pays relativement indemnes et dans la suite des temps, soit que la forme de syphilis européenne y soit introduite, soit que le surmenage de la vie y prédispose les sujets.

VI. — *Conception moderne de la démence précoce*; par le Dr Macfie Campbell (numéro d'octobre). — La constitution du groupe provisoire de la démence précoce est mieux qu'une simple classification de symptômes, car elle obéit à ce principe que pour établir une classification utile il faut tenir compte de l'évolution entière de l'affection autant que de ses symptômes. L'auteur est d'avis que la démence précoce est actuellement suffisamment connue et familière.

Beaucoup d'auteurs, frappés par la nature bizarre des attitudes et du langage des malades et par les observations de leur métabolisme, ont considéré les symptômes seulement comme l'expression incohérente de l'activité désordonnée d'un tissu nerveux intoxiqué. Une telle hypothèse, dit Campbell, est basée plutôt sur une vue de l'esprit que sur une base clinique. Il oppose la conception de Muller qui tient compte de nombreux faits négligés par les partisans de l'autointoxication, par exemple que la psychose est la phase aiguë, culminante, d'une longue période troublée dans laquelle les sujets présentaient déjà des attitudes et des manières de réagir inadéquates. Les symptômes présentés ne sauraient, pour lui, avoir toute leur signification, si l'on ne se rend pas compte du caractère constitutionnel du sujet, de ses habitudes, des difficultés qui ont précipité l'évolution de la psychose et de l'examen de la vie entière du sujet.

Cette conception biologique et non plus seulement toxique de la démence précoce doit, pour l'auteur, orienter l'attitude et les investigations du médecin, en même temps qu'éclairer les modes du traitement. Par ailleurs, cette considération porte ses fruits pour la prophylaxie qu'on peut obtenir par les moyens sociologiques et éducatifs; au surplus les mêmes principes devraient être appliqués à l'étude des autres psychoses.

Ed. Cornu.

BIBLIOGRAPHIE

Progetto del nuovo manicomio di Siracusa (Projet du nouvel asile de Syracuse); par le professeur G. Antonini et G. B. Cantarutti, architecte. Broch., in-8°. Extrait du *Bollettino dei Manicomi.*

Il n'existait jusqu'ici en Sicile, si nos renseignements sont bien exacts, qu'un seul asile public, appartenant à la province de Palerme, contenant 3.000 malades environ, celui-là même que Guy de Maupassant, hanté comme on le sait par la folie des autres, se refusa à visiter après une incursion macabre au cimetière des Capucins et dont l'horreur lui suffit. Voici qu'à son tour la province de Syracuse se propose d'en élever un autre destiné, pour le moment du moins, à recevoir 300 malades des deux sexes. Il est agréable de voir, et ceci est d'un bon exemple, que le projet en est *ouvertement* signé par un médecin aliéniste et par un architecte, collaboration nécessaire et indispensable, que le médecin signataire est un des aliénistes les plus justement célèbres d'Italie, et l'on sait la très haute valeur du cadre psychiatrique de la nation voisine; enfin que ce projet a été publié, c'est-à-dire rendu public et non étouffé dans quelque obscur journal local, et qu'ainsi toutes les précautions ont été prises pour que des objections théoriques puissent se produire. Toutes précautions très heureuses pour que l'ouverture de cet asile ne donne lieu à aucune surprise et que ne se produise pas ce qui se produit si souvent en France où l'on voit surgir de temps à autre un nouvel asile dont les principaux intéressés ne connaissaient ni le projet ni la réalisation.

Il est intéressant de voir ainsi ce que peut produire un pays aussi au courant de l'assistance des aliénés que l'est l'Italie, et ce n'est pas sans un certain orgueil que nous avons pu nous rendre compte que, dans ses grandes lignes, le nouvel asile de Syracuse réalisera encore une fois la pensée de nos grands anciens, les Girard de Cailleux, les Parchappe et tous ceux qui ont honoré la défunte Inspection générale des asiles : une zone

centrale réservée aux services généraux : pavillon pour l'administration, la direction et les logements particuliers ; en arrière, pavillon de la cuisine et de ses annexes, pavillon du service hydrothérapique avec logements pour le personnel, puis chapelle et enfin buanderie. Les deux zones latérales, réservées aux malades, hommes à droite et femmes à gauche, sont constituées par une série de six pavillons symétriques : pensionnat et pavillon d'observation sur la même ligne, et, en arrière, pavillon de l'infirmerie et du service de surveillance continue, pavillon des tranquilles et pavillon du laboratoire, service d'isolement et d'agités, enfin pavillon de contagieux.

Si l'asile tout entier est entouré de murs, en revanche on a su éviter aux divers pavillons l'allure rébarbative d'une prison et les jardins qui les entourent ne sont séparés des cours de quartiers que par de simples toiles métalliques. Naturellement chaque pavillon est lui-même un service complet, et ceci nous éloigne complètement de la plupart des asiles français, même de ceux qui ont le moins vieilli : on y trouve non seulement de spacieuses salles de séjour et des réfectoires, mais encore une cuisine annexe, une salle de bains, enfin tout ce qu'exige aujourd'hui la technique manicomiale. D'ailleurs, et comme il est nécessaire, chaque pavillon n'est destiné qu'à un nombre restreint de malades : 15 pensionnaires, 15 malades en observations, 25 malades pour le pavillon d'infirmerie et de surveillance, 50 malades tranquilles, 30 agités.

On remarquera aussi que dès le début deux laboratoires ont été compris, circonstance à signaler, car dans l'asile français moyen, le laboratoire est toujours à l'état de devenir, parce que nos administrateurs et nos bailleurs de fonds ont pour habitude de considérer cet organisme comme une superfétation destinée beaucoup plus à l'amusement des médecins qu'au traitement des malades. Nous pourrions faire la même remarque à l'endroit du personnel médical prévu : un médecin-directeur, un médecin en premier et deux assistants, un médecin pour 75 malades, heureux pays ! La proportion de un infirmier pour 6 malades serait aussi très enviable. Enfin comme la question de gros sous joue dans l'Assistance française un rôle que nous regretterons toujours de ne pas lui voir jouer dans bien d'autres services, nous tenons à ajouter, en terminant, que la dépense complète d'installation sera de 872.000 lires, ce qui met le lit à 2.906 lires, ce qui n'a rien d'exagéré et peut être considéré comme un prix moyen. Il ne nous reste plus qu'à souhaiter

que le professeur Antonini puisse prendre bientôt possession de son nouveau service; ce sera pour le plus grand bien des malades, et la science non plus n'y perdra pas.

LUCIEN LAGRIFFE.

Phases of evolution and heredity (Les phases de l'évolution et de l'hérédité); par le Dr David Berry Hart. 1 vol. in-18 de 250 p.; Rebman, éditeur; Londres, 1910.

Ce livre est un historique des vicissitudes par où ont passé, au siècle dernier, les problèmes de l'évolution et de l'hérédité.

L'évolution est la loi générale de l'Univers. C'est à Darwin que l'on doit l'introduction dans la science de ce principe fécond en progrès. L'œuvre de Darwin est incomplète, mais Wallace et surtout Weissmann l'ont amendée et développée. Ce dernier a surtout contribué à donner une explication plausible du mécanisme de l'hérédité par sa conception des cellules-germes primitives qui, pendant le développement somatique de l'individu, le traversent sans s'y incorporer pour aller former la glande sexuelle où elles se cantonnent en conservant en elles les *déterminants* de l'hérédité. C'est en ces cellules-germes primitives de la glande sexuelle que réside le pouvoir de variation et non dans le milieu où vit l'individu, et la transmission des caractères acquis est une erreur.

Mais Weissmann ne put donner une explication satisfaisante de la transmission des variations individuelles. Cette tâche fut l'œuvre de Mendel, qui prouva, par des expériences de croisement, que les caractères opposés ne se mélangent jamais dans la génération, mais sont ou prédominants ou récessibles dans des proportions déterminées et que les *déterminants* d'un caractère peuvent rester enfermés à l'état latent pendant une ou plusieurs générations dans la portion du protoplasma réservé à la reproduction, pour réapparaître ensuite. L'auteur insiste sur la vie de ce grand savant méconnu que fut Mendel, sur ses expériences merveilleuses, et sur les lois qui en découlent, dont la plus importante à retenir, pour un biologiste, est que les caractères prédominants des individus, plantes ou animaux, *ne se mélangent jamais* dans les générations; loi féconde en conséquences au point de vue des doctrines de l'hérédité.

M. Hart fait ensuite la critique des travaux biométriques de

Galton et de son fervent disciple Karl Pearson et des lois qu'ils ont dégagées de leurs longues et minutieuses études statistiques, dont la principale est que l'individu hérite pour un quart de chacun de ses parents, pour un seizième de chacun de ses quatre aïeuls, et de un trente-deuxième de chacun de ses huit bisaïeuls. Les découvertes de Mendel ne permettent pas d'accepter cette loi ainsi formulée, car elles nous enseignent que l'hérédité des caractères n'est pas limitée et qu'un caractère peut réapparaître au bout de nombreuses générations. Néanmoins, la loi de Galton a ce mérite qu'elle implique la transmission *qualitative* des caractères, la question des proportions de cette transmission étant réservée. Galton, d'ailleurs, doit être considéré comme un pionnier dans cette voie scientifique et la biométrie est appelée à rendre de grands services à la doctrine de l'évolution.

La variation est en dehors de l'atteinte des individus ; elle a probablement pour cause quelque modification qui vient à se produire dans les cellules-germes primitives pendant le phénomène de la mitose ; elle est en rapport avec la loi tirée du calcul des probabilités. Quand des variations se produisent en grand nombre et simultanément, il s'agit, d'après l'expression de De Vries, d'une *mutation*, c'est-à-dire de la naissance d'une nouvelle espèce. L'œuvre de ce savant est un nouveau progrès dans l'intelligence du mécanisme de l'évolution. D'après lui, les espèces naissent brusquement, sans les transitions que comporteraient de nombreuses variations accumulées ; elles sont stables dès le moment de leur apparition ; elles se produisent en grand nombre au même moment ; elles peuvent être infinies dans le temps et dans l'espace ; elles surviennent périodiquement.

De ces nombreuses hypothèses sortira quelque jour une doctrine définitive. L'erreur sera éliminée peu à peu, le vrai seul restera. Comme illustration à toutes ces discussions théoriques, l'auteur termine par des considérations sur l'hérédité pathologique, les mœurs des abeilles, l'inégalité des sexes et la psychologie de quelques hommes supérieurs.

A. Cullerre.

Traitement des psychonévroses par la rééducation du contrôle cérébral; par le Dr Roger Vittoz. 1 vol in-16 de 132 pages. J.-B. Baillière, éditeur, Paris, 1911.

L'auteur part de ce principe que le cerveau est double, ou plutôt qu'il présente deux centres de fonctionnement bien distincts, ce qui fait qu'il y a un cerveau conscient, ou objectif, et un cerveau inconscient ou subjectif. Cette dualité est peu perceptible chez l'homme normal, mais elle s'accentue dans l'état pathologique et le malade arrive à la percevoir plus ou moins; d'où cette conséquence que les psychonévroses ont pour origine un défaut d'équilibre et de connexité des deux cerveaux. Le centre conscient cesse de contrôler les opérations cérébrales et l'anarchie s'ensuit.

Si donc tout neurasthénique est un *incontrôlé*, c'est dans le rétablissement de ce contrôle qu'il trouvera la guérison. Mais comment *contrôler* un cerveau? Par une série d'exercices psychiques tendant tous à rendre plus conscientes les opérations cérébrales. Ici, l'auteur développe une théorie personnelle d'après laquelle les symptômes neurasthéniques peuvent être perçus à l'extérieur. Ses expériences lui ont démontré qu'avec un certain entraînement, la main, placée sur le front, peut donner des indications précises sur le travail cérébral : il s'agit de petits chocs, d'ondulations, d'une sorte de vibration particulière. Dans les états de torpeur, il y a diminution dans la sensation perçue par la main ; l'état de surexcitation donne des réactions fortes et désordonnées. Comment modifier ces vibrations anormales? Par trois séries d'exercices hiérarchisés : 1° exercices de conscience; 2° exercices de concentration; 3° exercices de volonté.

Nous ne suivrons pas l'auteur dans le développement de sa méthode qui, d'ailleurs, ne lui appartient personnellement que par la façon dont il l'applique et par les ornements théoriques dont il l'agrémente. Qu'importe, puisque les résultats sont excellents? « Plus nous avançons, nous dit-il, plus nous sommes convaincus que l'insuffisance de contrôle peut et doit se guérir, même dans des cas qui paraissent invétérés. » Les aliénistes de la vieille école n'étaient donc pas si mal avisés de faire du *traitement moral* le fondement même de la thérapeutique des troubles de l'esprit?

A. Cullerre.

Relazione annuale sull'andamento del Manicomio, 1909-1910 (Rapport annuel sur le fonctionnement de l'asile); par le Dr Frigerio. Broch. grand in-8°, Alexandrie, 1910.

Construit pour pourvoir à l'assistance d'un cercle qui comprend plus de 800.000 habitants, l'asile d'Alexandrie ne renferme qu'environ 600 malades des deux sexes, ce qui constitue une proportion très faible par rapport à celle de certains de nos départements français. Le département du Finistère, par exemple, qui, comme chiffre de population, pourrait être facilement comparé à la province d'Alexandrie, nous donne une proportion autrement forte avec sa moyenne actuelle de près de 1.400 aliénés. Ce sont là les bénéfices les plus certains de l'alcoolisme, et pourtant les Piémontais ne se privent pas de boire. Le Dr Frigerio nous apprend, en effet, que, parmi ses clients, n'ont pas été rares ceux qui buvaient habituellement de 10 à 12 litres de vin par jour; aussi les criminels aliénés augmentent-ils et le Dr Frigerio a-t-il demandé au Parquet le transfèrement dans un asile de sûreté de ceux, parmi ces délinquants, qui troublaient l'ordre dans l'asile ou s'y montraient encore dangereux; cela lui a permis d'aérer un peu son asile, qui commence à s'encombrer depuis qu'on a renoncé à évacuer les chroniques inoffensifs sur l'hospice de Casale.

Avec le travail (culture et particulièrement atelier de cordonnerie), le Dr Frigerio considère la cure morale comme les principaux moyens thérapeutiques à mettre en action. Et, dans la cure morale, il place avec raison, en dehors des divertissements, les visites de la famille, qui permettent d'obtenir plus rapidement un équilibre psychique favorable : c'est l'asile ouvert dans le meilleur sens du mot, aussi les évasions sont-elles rares à l'asile d'Alexandrie et, ceci est encore important, les guérisons atteignent un chiffre qui fait le plus grand honneur à la sagacité et au dévouement de cet aliéniste, savant et modeste, qu'est le Dr Frigerio.

LUCIEN LAGRIFFE.

La escuela en la lucha antialcoholica (L'école dans la lutte antialcoolique) ; par le Dr Victor Delfino. 1 vol. in-8° de la *Biblioteca Roja*, Maucci Hermanos é Lijos, Buenos-Ayres.

Cette étude, communiquée au quatrième Congrès médical de l'Amérique latine (Rio de Janeiro, août 1909), est le développement de l'une des conclusions d'un livre du même auteur que nous avons analysé ici même (numéro de mars-avril 1909) : *L'alcoolisme et ses effets sur l'individu, la famille et la société.* M. Delfino croit à l'efficacité de la propagande antialcoolique plus encore qu'à celle des moyens légaux. Après avoir rappelé brièvement les dangers de l'alcoolisme, son influence étiologique considérable sur la folie (42, 59 p. 100 d'aliénés alcooliques à Buenos-Ayres en 1907, 60 p. 100 en 1908) et sur la criminalité, l'auteur démontre tout le parti que l'on peut tirer de l'enseignement antialcoolique dans les écoles. L'école doit intervenir dans la lutte antialcoolique pour deux motifs : d'une part, l'usage des boissons alcooliques chez les enfants, et les excès de certains parents sont un gros obstacle à l'instruction, par suite de l'influence pernicieuse de l'alcool sur le travail intellectuel de l'élève, influence retardante établie par les expériences de Smith et de Kraepelin et des observations de pédagogues. D'autre part, l'instituteur doit remplir le rôle d'un éducateur préparant la jeunesse à une vie active, et exercer une action morale. Au surplus, l'enseignement antialcoolique, organisé dans divers pays, a déjà porté ses fruits, en diminuant sensiblement les progrès de l'alcoolisme.

L. Arsimoles.

La tuberculosis en la etiología de la epilepsia (La tuberculose dans l'étiologie de l'épilepsie); par le Dr Antonio Lecha-Marzo. — Extrait de la *Rivista de Higiene y de Tuberculosis, Valencia,* août 1908.

De récents travaux ont démontré l'influence étiologique de l'hérédité tuberculeuse dans l'épilepsie. Le mécanisme de son action est moins connu. Pour l'auteur, les toxines sclérosantes que sécrète le bacille de Koch se transmettent au fœtus soit par le placenta, soit par les spermatozoïdes, et déterminent une gliose cérébrale diffuse ou partielle. Dans ce tissu de sclé-

rose névroglique, ont été vues, chez quelques épileptiques, des cellules spéciales pourvues de noyaux multiples situés à la périphérie du corps cellulaire : ces cellules ne pourraient-elles être des cellules géantes? L'analogie des anomalies somatiques des épileptiques et des anomalies d'origine tuberculeuse, la production d'accès épileptiques par irritation corticale chez les hérédo-dystrophiques tuberculeux, sont autant de faits qui plaident en faveur d'une telle pathogénie, sans qu'on puisse cependant admettre que tous les épileptiques avec cérébro-sclérose sont fils de tuberculeux.

L. Arsimoles.

La Sifilis en la descendencia. Higiene de los heredo-sifiliticos (La syphilis dans la descendance. Hygiène des hérédo-syphiliques) ; par le Dr Antonio Lecha-Marzo. — Broch. in-8°, 31 p., Madrid, 1909.

Revue générale couronnée en 1907-1908 par la Société espagnole d'hygiène, et destinée à faire connaître dans le public l'action néfaste de la syphilis sur la descendance, et la facilité de se prémunir contre la création d'une hérédité syphilitique par le mercure et un peu d'hygiène. Pour assurer cette prophylaxie, le médecin doit chercher un appui auprès de la femme, surtout de la mère de famille, qui devient vite son meilleur allié dans cette œuvre d'hygiène sociale.

L. Arsimoles.

Demencias catatónica y paranoidea (Démences catatonique et paranoïde) ; par le Dr Bernardo Etchepare. Broch. 12 pages. Extrait de la *Revista Medica del Uruguay*, septembre 1909.

M. Etchepare apporte deux très intéressantes observations de démence précoce. Le premier malade, un jeune laboureur de dix-huit ans, atteint de démence catatonique, présenta durant huit mois un état de stupeur catatonique, terminé brusquement par quelques attaques épileptiformes suivies de mort. En l'absence de symptômes méningitiques appréciables, l'auteur explique ces ictus par des troubles de circulation cérébrale secondaires à une auto-intoxication digestive (l'autopsie n'a pu être faite).

La deuxième observation est un cas typique de démence

paranoïde dans lequel on a pu suivre les progrès de l'affaiblissement intellectuel sur les tableaux du malade, jeune peintre de quelque valeur. Un dessin très curieux, inspiré par une hostilité morbide à l'égard des médecins, représente une scène de tortures raffinées, et dénote la persistanec d'un certain degré d'imagination à côté de défauts grossiers dans l'exécution.

L. Arsimoles.

Notas para un informe de Psiquiatría forense en un caso de parálisis general en período de demencia (Notes pour une expertise de psychiatrie médico-légale sur un cas de paralysie générale à la période démentielle); par le Dr Fernando Bravo y Moreno. Extrait de la *Gaceta Medica Catalana*, t. XXXV, 31 octobre 1909.

Cas de paralysie générale secondaire à un tabes d'origine spécifique avec démence totale (période terminale). Conclusion : incapacité civile complète, et nécessité d'isoler le malade susceptible à tout moment de devenir dangereux.

L. Arsimoles.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

D. Cabred. Pavillons de clinothérapie et du laboratoire de la clinique de Psychiatrie. Discours prononcé à l'occasion de l'inauguration des sections ci-dessus indiquées, à l'hospice de Las Mercedes, le 29 novembre 1910. 13 pages in-8° avec planches. Buenos-Ayres, Imp. et Rel. de l'Hospice de Las Mercedes, 1910.

Evangelische Heilanstalt Sonnenhalde für weibliche Gemüthskranke Riehen. Zehnter Jahresbericht (1 September 1909 bis 31 August 1910). 24 pages in-8°. Basel, 1910.

L. Bianchi. La sindrome parietale. 44 pages in-8° avec figures. Extrait des *Annali di Nevrologia*, 1910.

Mario Baccelli et Tullio Terni. L'indice opsonico in alcuni malati di mente. Nota preliminare. 6 pages in-8°. Extrait de la *Rivista di Patologia nervose e mentale*, 1911.

Cesare Agostini. Alcoolismo e psicosi alcooliche nella provincia dell' Umbria. 51 pages in-8° avec tableaux. Perugia, 1911.

The one hundred and thirteenth annual report of the board of managers of the Maryland hospital for the insane, near Catonsville, Baltimore County, november 1910. 47 pages in-8° avec planches. Baltimore, 1910.

Bérillon. La théorie psycho-mécanique de l'hypnotisme. L'hypnotisation visuelle. 12 pages in-8° avec 6 figures. Paris, Bureaux de la *Revue de Psychothérapie*, 1911.

P.-L. Ladame. Remarques psychiatriques sur le nouvel avant-projet du Code pénal fédéral. 13 pages in-8°. Extrait de la *Revue pénale suisse*. Berne, 1910, 4e fasc.

Alfred Gallais. Deux cas de rémission progressive au cours de la paralysie générale chez la femme. 5 pages in-8°. Extrait de l'*Encéphale*, janvier 1911.

Henri Labbé et Alfred Gallais. Les échanges urinaires chez quelques paralytiques généraux. *La Presse médicale*, numéro du 14 janvier 1911.

J. Dejerine et E. Gauckler. Les manifestations fonctionnelles des psychonévroses, leur traitement par la Psychothérapie. 1 vol. gr. in-8° de ix-561 pages avec 1 planche hors texte. Paris, Masson et Cie, 1911.

Reports of the Trustees and superintendant of the Buller Hospital presented to the Corporation at its sixty-seventh annual meeting. January 25, 1911. 55 pages in-8° avec planches. Providence, 1911.

Eugenio Bravetta. La reazione meiostagminica nelle malattie mentali. 16 pages in-8°. Extrait du *Rassegna di studi psychiatrici*, numéro de janvier-février 1911.

Ninety-seventh annual report of the trustees of the Massachusetts general hospital. Including the general hospital in Boston, the McLean hospital and the convalescent hospital in Waverley, 1910. 294 pages, in-8°, avec planches. Boston. The Barta Press, 1911.

M. Baccelli. Contributo clinico e anatomo-patologico alla sordita verbale. 10 pages in-8°. Extrait de la *Rivista ital. di Neuropatologia, Psichiatria ed Elettroterapia*, 1911.

Manlio Ferrari. Sopra un caso di meningo-encefalite tubercolare circoscritta. 5 pages in-8°. Extrait de la *Rivista ital. di Neuropatologia, Psichiatria ed Elettroterapia*. Vol. II. Fasc. 10.

— Aprassia e paralisi progressiva. Nota. 7 pages in-8°. Extrait de la *Gazetta degli ospedali e delle cliniche*, 1910.

— Histologische Untersuchungen am Zentralnervensystem von Abtrömmlingen chronishalcoholisierter Tiere. 9 pages in-8° avec planche. Extrait de la *Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie*, 1910.

Seventeenth annual report of the state asylum for the

chronic insane of Pennsylvania, South Mountain, Wernersville, for the year ending september 30, 1910. 38 pages in-8° avec planche, 1911.

A. Rémond et Paul Voivenel. L'article 491 du Code civil et la réforme de la loi de 1838. 6 pages in-8°. Extrait des *Archives d'anthropologie criminelle et de médecine légale*, numéro du 15 mars 1911.

— Sur trois cas de paralysie générale régressive. 5 pages in-8°. Extrait de l'*Encéphale*, numéro d'octobre 1910.

Dino De Albertin. Contributo allo studio delle lesioni isto-patologiche nella corteccia cerebrale dei dementi precoci. 23 pages in-8° avec planches. Extrait des *Note e Riviste di Psichiatria*, 1911, n° 1.

— Un caso di sclerosi tuberosa. 15 pages in-8° avec planches. Extrait des *Note e Riviste di Psichiatria*, 1911, n° 1.

Louis Favre. Il faut en finir! La loi sur les aliénés (1838-19...?), avec lettres liminaires de MM. Félix Decori, Lucien Millevoye, F. de Pressensé, Ed. Vaillant, etc. 112 p. in-8°. Paris, Favre et Cie, 1911.

V. Bridou. L'éducation des sentiments, 1 vol. in-18, cartonné toile, de 403 pages, de l'*Encyclopédie scientifique*. Paris, O. Doin et fils, 1911.

Bajenoff et Ossipoff. La suggestion et ses limites. 119 pages in-16 de la *Collection de psychologie expérimentale et de métapsychie*. Paris, Bloud et Cie, 1911.

Johannes Bresler. Deutsche Heil-und Pflegeanstalten für Psychischkranke in Wort und Bild. 1 vol. in-4° relié de 666 p. avec planches. Halle a. S., Carl Machold, 1910.

Lucien Lagriffe. Quelques considérations sur l'assistance des aliénés et sur le projet de réforme de la loi du 30 juin 1838. 23 pages in-8°. Extrait des *Annales médico-psychologiques*, mars-avril 1911.

Ed. Abramowski. L'analyse physiologique de la perception. 121 pages in-16 de la *Collection de psychologie expérimentale et de métapsychie*. Paris, Bloud et Cie, 1911.

Earl D. Bond. Common salt and fluid retention. A clinical example. 4 pages in-16. Extrait du *Boston medical and surgical Journal*, janvier 1911.

Frederic Lyman Wells. Review of Kents's and Rosanoff's « A study of association in Insanity ». 2 pages in-8°. Extrait du *The Journal of philosophy, psychology and scientific Methods*, décembre 1910.

— Some properties of the free association time. 23 pages in-8°. Extrait de la *Psychological Review*, janvier 1911.

— Practice effects in free association. 13 pages in-8°. Extrait de l'*American journal of Psychology*, janvier 1911.

J. Tastevin. L'asthénis post-douloureuse et les dysthénies périodiques (psychose périodique). 59 pages in-8°. Extrait des *Annales médico-psychologiques*, mars à juillet 1911.

Twenty-first biennal report of the managing officer of the Elgin state hospital at Elgin, Illinois, July 1, 1910. 72 pages in-8°, Springfield, Ill., 1911.

Julius Donath. Die vererbte Trunksucht, mit besonderer Rücksicht auf die Dipsomanie. 14 pages in-8°. Extrait de l'*Oesterreichischen Aerzte Zeintung*, 1911.

Filfy-seventh annual report of the trustees for the Taunton state hospital for the year ending november 30, 1910. 59 pages in-8°, Boston, 1911.

Protestant hospital for the insane, Verdun, Montreal, Que. Annual report for the year 1910 (Including a Historical Sketch of the hospital). 131 pages in-8° avec planches. Montreal. C. R. Corneil, 1911.

Frederic Lyman Wells et Alexander Forbes. On certain electrical processes in the human Body and their relation to emotional reactions. 39 pages in-8°. Extrait des *Archives of Psychology*, mars 1911.

Henri Damaye et Maurice Desruelles. Excitation maniaque chez une déséquilibrée tuberculeuse; les lésions encéphaliques. 10 pages in-8°. Extrait de l'*Echo médical du Nord*, n° 2, 7 mai 1911.

René Larger. De l'extinction des espèces par la dégénérescence ou maladie des rameaux phylétiques. 49 pages in-8°. Extrait du *Bulletin de la Société d'histoire naturelle et de palethnologie de la Haute-Marne*, Chaumont, 1911.

Edenharter et Manger. Report from the pathological department. Central Indiana hospital for insane. 1906-07, 1907-08. 1 vol. de 104 pages, cartonné à l'anglaise. Indianopolis, 1910.

Edenharter, Bahr et Jackson. Report from the pathological department. Central Indiana hospital for insane. 1 vol. de 224 pages, cartonné à l'anglaise. Indianopolis, 1910.

Emile Hureau. Le secret de l'univers devant la science officielle. La mécanique universelle dévoilée d'après Clémence Royer et mise à la portée de tous, 1 vol. in-18 de 204 pages, Paris, Jules Rousset, 1911.

Géraud Bonnet. Précis d'auto-suggestion volontaire. Education pratique de la volonté. 2e édit. revue et augmentée. 1 vol- in-18 de 302 pages. Paris, J. Rousset, 1911.

VARIÉTÉS

NOMINATIONS ET PROMOTIONS

Arrêtés d'août 1911 : M. le Dr Guiraud, médecin-adjoint du quartier des aliénés de l'hospice de Tours (Indre-et-Loire), est promu à la 2e classe de son grade (3.500 francs) ;

M. Bouleau, directeur de l'asile de Clermont (Oise), est promu à la 3e classe de son grade (6.000 francs) ;

M. le Dr Bourilhet, déclaré admissible au concours d'adjuvat (mai 1911), est nommé médecin-adjoint de l'asile de Quimper (Finistère).

— *Arrêtés de septembre 1911* : M. le Dr Coulonjou, médecin-adjoint de l'asile de Braqueville (Haute-Garonne), est nommé médecin en chef de l'asile de Bassens (Savoie), en remplacement de M. le Dr Dumaz, appelé à faire valoir ses droits à la retraite ;

M. le Dr Mercier, médecin-directeur de l'asile d'Alençon (Orne), est nommé médecin directeur de l'asile de Saint-Alban (Lozère), en remplacement de M. le Dr Nolé, appelé à faire valoir ses droits à la retraite ;

M. le Dr Vernet, médecin-adjoint de l'asile Sainte-Catherine, à Yzeure près de Moulins, est nommé médecin-directeur de l'asile d'Alençon ;

M. le Dr Brissot, déclaré admissible au concours d'adjuvat (mai 1911), est nommé médecin-adjoint de l'asile Sainte-Catherine, à Yzeure, près de Moulins (Allier) ;

M. le Dr Pezet, médecin-adjoint de l'asile de Breuty-la-Couronne (Charente), est nommé médecin-adjoint de l'asile de Braqueville ;

M. le Dr Boidard, déclaré admissible au concours d'adjuvat (mai 1911), est nommé médecin-adjoint de l'asile de Breuty-la-Couronne ;

MM. les Drs Rogues de Fursac, médecin en chef de l'asile de Ville-Evrard, et Pochon, médecin-directeur de la Colonie familiale d'Ainay-le-Château (Cher), sont promus à la 3e classe de leur grade (6.000 francs) ;

M. le Dr Perrens, médecin-adjoint de l'asile de Lafond-lès-

La-Rochelle (Charente-Inférieure), est promu à la 2e classe de son grade (3.500 francs);

M. Bouleau, directeur de l'asile de Clermont (Oise), est nommé directeur de l'asile de Bron (Rhône), en remplacement de M. Sabail;

M. le Dr Cacaud est nommé directeur de l'asile de Clermont.

NÉCROLOGIE

Dr Daniel Brunet. — Daniel Brunet, dont nous apprenons la mort, était né à Ambrières (Mayenne), le 30 novembre 1831.

Elève de la Faculté de médecine de Paris, il avait été reçu à l'externat et à l'internat provisoire des hôpitaux. Pendant la durée de son stage hospitalier, il fut attaché au service de Baillarger à la Salpêtrière comme externe et, au service de Delasiauve à Bicêtre, comme interne provisoire.

Le 15 juillet 1857, il entrait en qualité d'interne à la Maison nationale de Charenton (service de Calmeil) et y restait jusqu'au 30 avril 1859.

En 1856, il avait obtenu à la Faculté de médecine de Paris, le 2e prix de l'Ecole pratique (médaille d'argent).

En 1859, la Société médico-psychologique lui avait décerné le prix Esquirol (médaille d'or).

Cette même année, reçu docteur en médecine après avoir soutenu une thèse intitulée : *Recherches sur les néo-membranes et les kystes de l'arachnoïde*, il était nommé médecin préposé responsable du quartier d'aliénés de Niort, puis avait occupé, successivement, les fonctions de directeur-médecin des asiles de Dijon, de la Charité-sur-Loire, de Breuty-la-Couronne et d'Evreux, où il finissait, le 15 avril 1897, une carrière qui comptait quarante ans de services.

Brunet était un médecin érudit et consciencieux et un excellent administrateur. L'asile d'Evreux, en particulier, qu'il a dirigé pendant dix-sept ans, lui doit de très notables améliorations.

Il a produit des travaux scientifiques nombreux et variés, parus dans la *Gazette médicale*, le *Journal de médecine mentale* de Delasiauve, les *Annales médico-psychologiques*, les *Comptes rendus des Congrès de médecine mentale*.

Il était membre titulaire de la Société d'anthropologie depuis le 23 décembre 1862, membre correspondant de la Société médico-psychologique depuis le 4 juin 1860, membre correspondant de la Société de médecine légale depuis le 5 novembre 1868.

Après sa retraite, il se retira à Paris et continua de s'intéresser aux études psychiatriques. Il fut élu membre titulaire de la Société médico-psychologique, le 27 décembre 1897, et dans la même séance il en fut nommé le trésorier. Il prit une part active aux travaux de cette Compagnie, qui l'appela à la présidence, en 1904, rendant ainsi un hommage mérité à ses titres scientifiques et à ses longs et éminents services dans les asiles d'aliénés.

Il s'est éteint le 26 août 1911, âgé de quatre-vingts ans, à la Varenne-Saint-Hilaire, où ses obsèques ont eu lieu dans la plus stricte intimité.

Nous adressons à sa famille nos bien sincères condoléances.

Nous ne saurions mieux faire, pour compléter cette notice, que de donner la liste des publications scientifiques du Dr Brunet :

1. Recherches sur les néo-membranes et les kystes de l'arachnoïde. Thèse de Paris, 1859.

2. Néo-membranes et extravasations sanguines produites par l'inflammation de l'arachnoïde pariétale. *Gazette médicale*, nos 3, 4, 8, 9, 10, 12 et 14, 1864.

3. Articles divers dans le *Journal de médecine mentale* de Delasiauve.

4. Hydrocéphalie ventriculaire. *Ann. méd.-psych*, 1861 et *Archives cliniques*, 1862.

5. Des effets d'insolation chez les aliénés. *Académie des sciences*, 1862 et *Ann. méd.-psych.*, 1863.

6. Ataxie cérébelleuse, 1862. Observation présentée à l'*Académie des sciences*.

7. Un cas de pellagre des aliénés. *Ann. méd.-psych.*, 1870.

8. Notice psychologique sur l'enchanteur Merlin. *Ann. méd.-psych.*, 1863.

9. De l'isolement des aliénés. *Ann. méd.-psych.*, et *Congrès de Lyon*, 1865.

10. Etiologie du goitre. *Académie des sciences* et *Ann. méd.-psych.*, 1870.

11. Hypertrophie du cerveau. *Ann. méd.-psych.*, 1874.

12. Contagion de la folie. *Ann. méd.-psych.*, 1885.

13. Rapport médico-légal. Tentative d'assassinat. Lypémanie hypocondriaque. *Ann. méd.-psych.*, 1869.

14. Rapport médico-légal. Incendies. Hystérie à forme anormale. *Ann. méd.-psych.*, 1871.

15. Variétés cliniques de la paralysie générale. Mémoire lu au Congrès international de médecine mentale. Août 1878.

16. Douze observations publiées dans les *Archives cliniques de médecine mentale*, 1861-1862.

17. Paralysie du membre supérieur gauche. Foyer de la

partie supérieure des circonvolutions ascendantes de l'hémisphère droit. *Ann. méd.-psych.*, 1881.

18. De l'augmentation de la fibrine dans la péricérébrite. *Ann. méd.-psych.*, 1881.

19. Traitement et curabilité de la péricérébrite. *Ann. méd.-psych.*, 1882.

20. Des granulations de l'épendyme des ventricules. *Ann. méd.-psych.*, 1886.

21. De la paralysie générale considérée comme espèce morbide distincte. *Congrès international de médecine mentale de Paris*, 1889.

22. Nécessité d'un asile national pour les aliénés criminels. *Congrès de médecine mentale de Rouen*, 1890.

23. Mode de nomination des médecins-adjoints. *Congrès de Rouen*, 1890.

24. Travail agricole pour les aliénés. *Congrès de Rouen*, 1890.

25. Rapports au Conseil général sur l'asile de Breuty et l'asile d'Evreux.

Dr Bessière.

Alfred Binet. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. Alfred Binet, décédé le 18 octobre 1911, à l'âge de cinquante-quatre ans.

M. Alfred Binet est bien connu de nos lecteurs pour ses travaux nombreux sur la psychologie physiologique. Parmi ses nombreux travaux, les plus connus sont surtout : *La Psychologie du raisonnement*, *La Suggestibilité*, *l'Etude expérimentale de l'intelligence*, les *Idées modernes sur les enfants*, etc.

Travailleur infatigable, expérimentateur habile, observateur d'une rare sagacité, M. A. Binet était directeur du laboratoire de psychologie physiologique des Hautes-Etudes à la Sorbonne. Il avait vu s'entourer d'un grand nombre d'élèves qui collaboraient à ses travaux et, en particulier, à son *Année psychologique*, qu'il avait fondée en 1894 avec le professeur H. Beaunis, avec la collaboration de M. Th. Ribot. Cette importante publication, qui comprend aujourd'hui dix-sept volumes, constitue le tableau le plus complet du mouvement psychologique durant ces vingt dernières années. Les trois derniers volumes ont un intérêt particulier pour les médecins aliénistes ; on y trouve étudiées et mises au point, pour ainsi dire, les principales questions relatives à l'aliénation mentale. M. Binet, pour ce travail, a trouvé un collaborateur bien averti en M. Th. Simon, médecin-adjoint très distingué des asiles d'aliénés.

M. A. Binet, dont l'activité intellectuelle était très grande,

a voulu tenter du théâtre. Il a écrit, avec M. André de Lorde, plusieurs œuvres dramatiques à thèse scientifique et médicale, comme l'*Obsession*, l'*Horrible expérience*, l'*Homme mystérieux*, etc., qui obtinrent toutes un grand succès.

Docteur ès sciences, M. Binet était membre de la Société de Biologie, de la Société clinique de médecine mentale ; il présidait la Société pour l'étude psychologique de l'enfant. Tous ses collègues appréciaient son intelligence cultivée, son caractère élevé et conserveront de ce savant modeste et sympathique le meilleur souvenir. — A. R.

Dr Piettre. — Nous apprenons la mort du Dr Piettre, ancien sénateur de la Seine, directeur de l'asile de Ville-Evrard. M. Piettre est mort subitement à la gare de Vincennes, au moment où il allait prendre le train.

Né à Caudry (Nord), en 1841, le Dr Piettre s'installa à Saint-Maur-des-Fossés, où il fut nommé maire. Conseiller général du canton de Saint-Maur, il présida l'assemblée départementale de 1899 à 1900. Elu sénateur le 28 janvier 1901, il échoua au renouvellement de 1909. Au mois de décembre de la même année, il fut appelé à la direction de l'asile de Ville-Evrard, en remplacement de M. Sigismond-Lacroix, décédé.

LES ASILES D'ALIÉNÉS

Sous ce titre, les journaux publient l'extrait suivant du compte rendu officieux du Conseil du cabinet qui s'est tenu le jeudi 5 octobre 1911 :

« Le Conseil a approuvé un projet de réorganisation des asiles d'aliénés.

« Certains asiles d'aliénés, jouissant de la personnalité civile et de l'autonomie budgétaire et échappant à ce titre à la réglementation applicable aux asiles départementaux, ne sont encore régis que pour des usages imprécis au détriment de leurs droits, comme de l'intérêt des malades. Des règles d'ensemble nettement déterminées les replacent sous la tutelle et le contrôle de l'Etat et leur assurent un fonctionnement régulier. Cette réforme en annonce et en précède de peu une autre analogue : la réorganisation des établissements nationaux de bienfaisance qui présentent de leur côté des divergences et des imperfections préjudiciables à l'accomplissement de leur mission. »

D'après cette note, il ne s'agit dans ce projet de réorganisation que des asiles autonomes, peu nombreux d'ailleurs, ainsi que des établissements nationaux de bienfaisance, parmi les-

quels est classée, on ne sait pourquoi, la Maison nationale de Charenton, qui n'est pas un établissement de bienfaisance proprement dit, mais une maison de santé ne recevant que des pensionnaires payants.

LES ALIÉNÉS EN LIBERTÉ (*suite*).

55. *Tentatives d'homicide.* — On télégraphie de Lille au *Journal* (numéro du mardi 23 mai 1911) :

M. Debock, âgé de quarante-quatre ans, vérificateur des douanes, avait quitté pendant un mois son service pour soigner une crise aiguë de neurasthénie. Se croyant guéri, il retourna ce matin à son bureau, à la gare Saint-Sauveur. Ses chefs remarquèrent ses allures étranges et le renvoyèrent chez lui.

Avant de regagner son domicile, il entra chez son collègue, M. Couturier, rue de Valenciennes, où il se livra à des excentricités. Tout à coup, il sortit un revolver de sa poche et braqua l'arme dans la direction de son ami, qui tendit les mains pour le désarmer, un projectile se logea dans la main droite. M. Couturier et sa femme prirent la fuite à travers les salles de la maison, poursuivis par l'énergumène, qui déchargeait sur eux son revolver. Ils ne furent heureusement pas atteints par les balles et le fou fut désarmé par un passant. Il a été conduit au Parquet, où un médecin légiste a été chargé de l'examiner.

56. *Quadruple homicide et suicide.* — On télégraphie de Genève au *Petit Journal* (numéro du jeudi 25 mai 1911) :

Dans un chalet surplombant la rivière de Lenk, un ménage vivait très heureux. La famille se composait de quatre enfants, un garçonnet de sept ans, une fillette de cinq ans, et de deux jumelles de huit mois qui avaient été baptisées récemment.

Hier matin, le père partit pour mener paître le bétail. Lorsque le soir il rentra au logis, il se trouva en présence d'un affreux spectacle. A terre gisaient les cadavres de sa femme et de l'aîné de ses enfants, tandis que les autres agonisaient dans leur lit.

On put très facilement reconstituer le drame. La femme, dans un accès de folie, avait tué son fils, puis elle avait tranché la gorge de ses trois autres enfants; après quoi, elle se logea une balle de revolver dans la tête, se tuant net. La fillette est morte peu après; quant aux deux jumelles, l'une est dans un état désespéré. On espère sauver la dernière.

57. *Tentatives d'homicide et menaces de mort.* — On télégraphie de Clermont-Ferrand au *Matin* (numéro du samedi 27 mai 1911) :

M. Fervel, propriétaire, rue Banier, à Clermont-Ferrand, avait été interné à l'asile d'aliénés de Sainte-Marie, pour menaces de mort adressées au président du Tribunal, au juge d'instruction et au procureur de la République.

A la suite de divers procès, Fervel, dont l'esprit n'a jamais été bien équilibré, a complètement perdu la raison.

Profitant de la visite de sa mère et de sa sœur à l'asile, il s'est échappé, grâce à la complicité de celles-ci, et s'est réfugié dans sa maison, où les gardiens de l'établissement n'ont pu, malgré plusieurs tentatives, s'emparer de lui. Le commissaire central s'étant rendu dans la maison, a été reçu par le fou à coups de revolver; mais il n'a pas été atteint.

D'accord avec le Parquet, la police a décidé d'empêcher Fervel de communiquer avec l'extérieur; on espère le prendre par la famine. C'est un homme dangereux; il est décidé à disputer chèrement sa liberté. Dans une lettre qu'il a adressée au Parquet, Fervel déclare qu'avant de s'emparer de lui, il faudra le tuer, ainsi que sa mère et sa sœur, qui vivent à ses côtés.

58. *Infanticide et suicide.* — Le 1er mars dernier, la femme d'un cordonnier de la rue du Moulin-la-Pointe, Mme Lepape, depuis quelques jours atteinte de neurasthénie, quittait le domicile conjugal, emmenant avec elle son petit garçon, Romuald, âgé de six ans : « La vie m'est à charge, dit-elle à ses voisins ; je vais me jeter à l'eau. » Comme on la savait déséquilibrée et qu'elle tenait souvent des propos incohérents, on n'attacha aucune importance à ces paroles. Un mois plus tard, son cadavre était retiré de la Seine au quai d'Auteuil. Qu'était devenu son enfant ? Le malheureux père le rechercha vainement. Le corps du pauvre petit a été repêché hier, au quai d'Austerlitz, non loin du pont de Bercy. (*Le Temps*, numéro du samedi 27 mai 1911.)

59. *Suicide.* — On lit dans *Le Temps* (numéro du lundi 5 juin 1911) :

Un voyageur, arrivé hier soir à Mons, était descendu dans un hôtel du quartier de la Gare; quelques heures après, le malheureux se tuait, dans sa chambre, d'une balle de revolver à la tempe droite. Une lettre, adressée au commissaire de police, faisait connaître qu'il se donnait volontairement la mort « pour sauver l'honneur et le nom de sa famille ».

Les papiers trouvés sur le désespéré ont permis d'établir son identité. Il s'agit de M. Charles Meissonnier, demeurant, 164, rue de Belleville, à Paris, caissier dans une maison de commerce de la rue du Sentier.

Il avait disparu de son domicile depuis le 30 mai dernier, et depuis lors, les recherches entreprises par sa femme et par la Préfecture de police pour le retrouver étaient demeurées infruc-

tueuses. M. Meissonnier était atteint de neurasthénie et donnait des signes inquiétants de dérangement cérébral.

Le corps du désespéré a été transporté à la Morgue.

60. *Tentative de meurtre.* — On nous télégraphie de Brest que la goëlette *Travailleuse*, du port de Dunkerque, quittait Lézardrieux pour se diriger sur Lisbonne, où elle devait prendre un chargement de sel. Le bateau était arrivé au large d'Ouessant lorsque l'armateur, M. Lemarchand, qui se trouvait à bord, fut pris d'un accès subit de folie furieuse.

Il se précipita sur le matelot Le Goff, auquel il donna plusieurs coups de couteau. Le Goff tomba, grièvement blessé.

M. Lemarchand allait frapper de nouveau, lorsque le capitaine, M. Guillou, aidé des matelots, se précipita sur le forcené; après une lutte émouvante, on se rendit maître de l'armateur, qui fut enfermé. La *Travailleuse* retourna à Roscoff, et Le Goff fut transporté à l'hospice. M. Lemarchand a été conduit à l'asile d'aliénés de Morlaix. (*Le Temps*, numéro du vendredi 9 juin 1911.)

61. *Infanticide et tentative de suicide.* — On lit dans *Le Temps* (numéro du samedi 1er juillet 1911) :

Une dame Frémont, ménagère, demeurant rue des Drapiers, au Havre, a tenté de s'asphyxier avec le gaz d'éclairage. Elle avait avec elle son fils, âgé de sept ans.

Quand les voisins sont intervenus, Mme Frémont respirait encore, mais l'enfant était mort.

Le médecin requis a constaté qu'avant de mettre à exécution sa tentative d'asphyxie, Mme Frémont avait empoisonné son fils en lui faisant absorber du sublimé corrosif.

C'est à la folie autant qu'à la misère qu'il faut attribuer les causes de ce drame.

62. *Suicide.* — Pietro Caserio, sujet italien, âgé de vingt-sept ans, quittait, il y a quelque temps, sa patrie pour aller chercher fortune en Amérique.

En arivant au Havre, au moment de s'embarquer sur le paquebot *La Lorraine*, il fut refusé par la visite comme atteint d'aliénation mentale et fut réexpédié sur l'Italie.

Hier soir, à 8 h. 45, au moment où le train qui devait le ramener chez lui quittait la gare de Lyon, Caserio ouvrit la portière du wagon et se jeta sur la voie.

Relevé le crâne fracturé, le malheureux a été transporté à l'hôpital Saint-Antoine, où son état a été jugé désespéré. (*Le Journal*, numéro du lundi 10 juillet 1911.)

63. *Suicide.* — On télégraphie de Toulouse au *Matin* (numéro du jeudi 13 juillet 1911) :

Dans une crise de neurasthénie aiguë, M. Molinier, l'éminent professeur d'histoire à la Faculté des lettres de Toulouse,

s'est pendu ce matin, vers 9 heures, à son domicile. Un ami de la famille trouva le corps du professeur encore chaud, mais tous les soins prodigués furent inutiles.

64. *Infanticide.* — On télégraphie de Bordeaux au *Journal* (numéro du vendredi 14 juillet 1911) :

« C'est un crime de fou, que celui qui a été commis hier, à Sainte-Hélène. L'enquête du Parquet vient d'établir que Jean Fuget, qui décapita la fillette des époux Moine, a déjà été condamné à trois ans de prison pour meurtre d'un cantonnier, dans le Lot-et-Garonne. Il était sorti de la prison de Bordeaux mardi matin, venant d'y purger une condamnation pour vagabondage et vol ; car il a la manie d'errer à l'aventure et d'entrer dans toutes les maisons dont les habitants sont absents.

« Fuget a fait aux magistrats du parquet des réponses qui donnent le frisson.

« — J'ai tué la petite fille pour savoir ce que ça me ferait, mais je n'ai ressenti ni plaisir ni regret. Je lui ai coupé le cou en trois fois, avec mon couteau. Ça ne m'a pas fait froid.

« Fuget n'est donc pas le militaire dont on a trouvé la correspondance dans la maison du crime ; il a volé ces papiers. On va le faire examiner par des médecins aliénistes.

Le lendemain, les journaux annonçaient que le Dr Lande, de Bordeaux, chargé d'examiner Jean Fuget, avait conclu à son entière irresponsabilité.

65. *Incendies.* — On télégraphie de Berlin au *Journal* (numéro du mardi 18 juillet 1911) :

On vient d'arrêter à Hambourg un individu nommé Schubert, auteur de plus de cinquante incendies dans les environs de Hambourg.

Ce criminel, qui a déjà fait un séjour dans une maison d'aliénés et dont l'état mental laisse certainement à désirer, a fait des aveux complets.

66. *Tentative d'infanticide.* — Mme Brune, âgée de trente ans, femme du régisseur des haras de Moulin-Neuf, à Villiers-Labasse (Seine-et-Oise), restée seule avec sa fillette Marie-Louise, gamine de cinq ans, fut prise subitement d'une crise de folie occasionnée par la chaleur. Elle saisit un fusil de chasse chargé de plomb n° 8, épaula dans la direction de l'enfant et fit feu. La petite Marie-Louise fut atteinte derrière l'oreille gauche ; son état est des plus graves. La démente, désarmée, a été conduite à l'hôpital d'Orsay. (Le *Temps*, numéro du lundi 31 juillet 1911.)

67. *Tentative d'homicide.* — Au cours d'un accès de folie provoqué par la chaleur, un vieillard, M. Courmari, âgé de soixante-dix ans, a frappé, hier, son gendre, M. Jacques Caccavelli, âgé de quarante-trois ans, d'un coup de hachoir au milieu du front.

En 1888, M. Courmari avait été interné à la suite d'une tentative de suicide. En effet, à cette époque, M. Courmari avait perdu un procès en héritage et le coup avait été si dur qu'il chercha à s'ouvrir la gorge. Il survécut à sa blessure, mais devint fou.

Il y a cinq ans, les époux Caccavelli, sur l'avis des médecins, le firent sortir et le logèrent avec eux dans l'appartement qu'ils occupent, 20, rue Fontaine.

Il était environ 11 h. 1/2 du matin, lorsque le vieillard, sans aucune raison, se saisit d'un hachoir et frappa son gendre.

Mme Caccavelli, aidée par son mari, désarma le pauvre fou, qui fut arrêté par les agents et envoyé à l'infirmerie spéciale du Dépôt.

La blessure de M. Caccavelli mesure 7 centimètres de long, mais elle n'est que superficielle.

Le blessé a été soigné à son domicile. (*Le Petit Journal*, numéro du jeudi 3 août 1911.)

68. *Double infanticide et tentative de suicide.* — On lit dans le *Temps* (numéro du lundi 7 août) :

La femme d'un employé de brasserie, Mme Gabirou, a tenté de se suicider 103, rue Orfila, en se tranchant la gorge avec un rasoir. Auparavant, la malheureuse démente avait tué à coups de revolver ses deux petits enfants âgés d'un an et de quatre ans.

Lorsque son mari réintégra son logis, vers 8 heures du soir, il trouva la meurtrière râlant sur le parquet, dans une mare de sang. Sur le buffet, deux lettres étaient déposées. La première, adressée au commissaire de police, était ainsi conçue :

Paris, 3 août 1911.

Monsieur le commissaire de police,

Inutile de chercher.

Je me suicide volontairement. Et avec moi mes éfants (*sic*).

HÉLÈNE GABIROU.

La seconde, adressée à M. Gabirou, contenait ces mots :

Mon cher Pierre,

Pardonne-moi de la peine que je te cause; mais je ne peux, ou plutôt je ne veux vivre plus longtemps.

Je fais mourir les gosses avec moi, car je ne veux pas laisser deux enfants sans mère.

Ton Hélène qui t'embrasse pour la dernière fois.

Mme Gabirou a été transportée dans un état désespéré à l'hôpital Tenon.

69. *Excentricités.* — Les gendarmes de Creil étaient prévenus hier soir qu'un individu, qui avait pénétré sur la voie fer-

rée entre Chantilly et Creil, se portait au-devant des trains en faisant de grands gestes pour les arrêter. Ils se rendirent à l'endroit indiqué et trouvèrent, couché en travers de la voie, un homme qui prétendait passer là le reste de la nuit.

Amené à Creil, ce singulier personnage a été soumis à l'examen d'un médecin qui a conclu à son internement : c'est un nommé Victor Bertrandy, né à Hyères (Var), le 8 décembre 1882. (*Le Temps*, numéro du lundi 21 août 1911.)

70. *Suicide.* — Dans une crise aiguë de neurasthénie, M. Albert Granet, sous-préfet d'Apt, trompant la surveillance dont il était l'objet, s'est tué hier d'un coup de revolver dans sa propriété de Raphele, près Arles. Il était le fils de M. Félix Granet, ancien député des Bouches-du-Rhône, ancien ministre des Postes et Télégraphes dans le cabinet Freycinet. (*Le Temps*, numéro du dimanche 3 septembre 1911.)

71. *Agression violente.* — On lit dans *Paris-Journal*, numéro du mardi 5 septembre 1911 :

Louis Norable, âgé de vingt-deux ans, ouvrier paveur, demeurant en garni, 166, boulevard de la Villette, devenu subitement fou au cours d'une discussion qu'il eut avec son hôtelier, M. Picquart, s'empara, hier dans l'après-midi, d'une hache, monta dans sa chambre et entreprit de démolir tout son mobilier.

Les agents Caillaux et Cadoret, requis par l'hôtelier pour maîtriser le dément, furent fort malmenés par celui-ci. Ils ne durent leur salut qu'à l'arrivée de plusieurs de leurs collègues, qui conduisirent Louis Norable à l'Infirmerie spéciale du Dépôt.

Les gardiens Caillaux et Cadoret ont dû interrompre leur service.

72. *Homicide et suicide.* — Dans un accès de folie, Avenet, cultivateur à Dierre, près Tours, étrangle sa femme et se pend ensuite. (*La Patrie*, numéro du vendredi 8 septembre 1911.)

73. *Fratricide.* — On lit dans *Le Temps*, numéro du samedi 9 septembre 1911 :

Notre correspondant particulier de Nice nous télégraphie qu'un nommé Pierre Muraire, qu'un amour malheureux et la lecture assidue de livres de science occulte avaient rendu fou, et fait interner depuis le 18 août dernier à l'asile départemental d'aliénés de Saint-Pons, près de Nice, parvint, on ne sait encore comment, à s'évader hier matin. Il retourna à pied dans sa famille, à Roquefort, près de Grasse, et, d'un coup d'un couteau qu'il prit dans le tiroir de la cuisine, il tua son frère, Gaston Muraire, contre lequel il n'avait aucun motif d'animosité. Il fut tout de suite arrêté par des voisins. Il ne s'est même pas rendu compte de l'horreur de l'acte qu'il a commis.

74. *Agression violente.* — L'avant-dernière nuit, vers onze

heures, rue Monge, des agents appréhendèrent un individu qui se jetait sur les passants. Ils eurent toutes les peines du monde à maîtriser le pauvre fou, qui voulait les mordre, et qui a été conduit à l'Infirmerie spéciale. Identité inconnue. (*Le Matin*, numéro du samedi 9 septembre 1911.)

75. *Excentricités*. — A Francastel, près de Clermont (Oise), un pompier nommé Létrilliart, devenu subitement fou, s'est installé dans le clocher de l'église, au sommet duquel il a placé un drapeau rouge. Après avoir sonné le tocsin, Létrilliart a tiré plusieurs coups de feu sur les habitants de la localité qui passaient à proximité. Le Parquet et des gendarmes sont partis d'urgence pour Francastel, où le sous-préfet de Clermont s'est également rendu. Après plusieurs heures de pourparlers, on a pu s'emparer du malheureux, qui a été désarmé et mis hors d'état de nuire. (*Le Temps*, numéro du mardi 19 septembre 1911.)

Résumé. — Les *Annales* de 1911 ont inséré 75 cas d'aliénés en liberté, empruntés à divers journaux. Ces aliénés avaient commis, les uns de simples excentricités, le plus grand nombre de véritables crimes : homicides, tentatives d'homicide, menaces de mort, incendies ; enfin, les suicides, surtout les suicides précédés d'homicides et de tentatives d'homicide, fournissent, comme tous les ans, un contingent des plus sérieux, ainsi que le prouve le tableau statistique suivant :

Tentatives d'homicide, agressions violentes, menaces de mort	26
Suicides et tentatives de suicide	25
Homicides et suicides	14
Homicides	6
Excentricités	3
Incendies	1
Total	75

Ainsi sur 75 cas recueillis, il y a 20 homicides — plus du quart, plus exactement 26,66 p. 100 — dont 14 ont été suivis du suicide de l'aliéné après l'accomplissement de l'acte meurtrier. Nous ne parlerons que pour mémoire des nombreuses tentatives d'homicide, des agressions violentes, etc. (au nombre de 26). Ce qui intéresse surtout, c'est le nombre des victimes faites par ces 75 cas d'aliénés en liberté. D'après le relevé fait avec soin il y a eu :

Blessés	32
Morts par suicide	31
Tués	19
Total	82

Ainsi notre statistique donne 19 personnes tuées par des aliénés en liberté, 32 blessées grièvement, dont plusieurs ont succombé ultérieurement à la suite de leurs blessures; enfin, 31 aliénés se sont suicidés, dont près de la moitié après avoir tué ou blessé, soit leur femme, soit leur mari, soit leurs enfants, soit d'autres personnes de leur entourage.

Comme tous les ans, nous avons enregistré plusieurs cas, où les malades ont fait plusieurs victimes. Ces cas sont au nombre de 6; 4 aliénés ont tué 2 personnes; 2 ont fait, chacun, 4 victimes. Ce sont là de véritables hécatombes qui, certes, pourraient être évitées.

En effet, la plupart des crimes commis par les aliénés en liberté, l'ont été par des individus présentant depuis longtemps des troubles mentaux, et qu'on aurait dû séquestrer sans attendre une réaction violente. Beaucoup avaient déjà été soignés dans des asiles ou venaient d'en sortir; quelques-uns s'en étaient évadés. — A. R.

CONSEIL D'ÉTAT

Le Fort-Chabrol de Clermont-Ferrand. — Sous ce titre, le *Temps* du mercredi 26 juillet 1911 rapporte le fait suivant :

En avril 1910, le sieur F..., propriétaire à Clermont-Ferrand, et poursuivi pour menaces de mort, fut déclaré irresponsable par l'unanimité des médecins et interné dans l'asile public du département par arrêté du préfet.

La malheureuse mère de l'aliéné, ne pouvant croire à son malheur, écrivit au préfet, s'adressa au ministre de l'Intérieur qui provoqua des explications de l'administration locale et finalement se pourvut pour excès de pouvoir devant le Conseil d'Etat.

On sait que tous les actes de l'administration en pareille matière sont placés par la loi de 1838 sous le contrôle de l'autorité judiciaire.

Mais, ainsi que l'a fait remarquer le commissaire du gouvernement Helbronner devant le Conseil d'Etat, il n'en résulte pas que l'arrêté préfectoral d'internement échappe, le cas échéant, au recours pour excès de pouvoir, s'il est irrégulier.

Un pareil pourvoi est donc recevable en la forme et le Conseil d'Etat est compétent pour l'examiner.

Les irrégularités dont se plaignait la dame F... n'existaient pas d'ailleurs, et un seul point était à retenir.

La dame F..., qui croyait le tribunal de Clermont hostile à son fils, demandait que l'aliéné fût transporté à Paris ou dans le Rhône où le contrôle judiciaire aurait appartenu à d'autres magistrats.

Mais, aux termes de l'art. 25 de la loi de 1838, les aliénés dont les familles n'auront pas demandé le placement dans un établissement privé sont traités à l'établissement départemental. Dans ces conditions, comme la dame F... n'avait pas indiqué qu'elle entendît prendre à sa charge le traitement dans un établissement privé, le préfet s'était conformé à la loi en envoyant le sieur F... dans l'asile départemental.

D'ailleurs, depuis l'introduction du pourvoi, ainsi que l'a fait remarquer le commissaire du gouvernement, le sieur F... a apporté lui-même une contribution brutale à la solution de la question.

Le *Temps* a relaté, en effet, le 27 mai dernier, comment le sieur F..., s'étant évadé de l'asile, s'est enfermé dans son domicile, transformé en nouveau Fort-Chabrol, et, après avoir tiré des coups de revolver sur le commissaire central, a déclaré que, pour s'emparer de lui, il faudrait le tuer, ainsi que sa mère et sa sœur. (Voir plus haut, page 508.)

Le Conseil d'Etat a rejeté au fond le pourvoi de la dame F... et de son fils.

Le célibat de l'interne. — La loi du 4 frimaire an VII astreint tous les citoyens occupant en partie les bâtiments employés à un service public à la contribution des portes et fenêtres pour les parties de ces bâtiments qu'ils occupent. Ils doivent également la contribution mobilière.

Or, plusieurs internes qui ont été imposés pour les chambres qu'ils habitent dans des asiles publics d'aliénés viennent de protester.

Leur argument était qu'ils ne peuvent être considérés comme ayant la libre jouissance des pièces que les asiles mettent à leur disposition, puisqu'ils ne peuvent y recevoir... qui ils veulent et sont ainsi astreints à un célibat forcé.

Présentée régulièrement, cette réclamation a été soumise à la juridiction contentieuse.

La section spéciale du contentieux du Conseil d'Etat vient de la rejeter. (*Le Temps*, numéro du jeudi 27 juillet 1911.)

TRIBUNAUX

Une professionnelle du vol dans les grands magasins. — Mme Malmoune comparaissait hier devant la 8e chambre correctionnelle sous la prévention de vols dans les grands magasins. Ce n'est pas la première fois qu'elle a maille à partir avec la justice pour ce genre de délit, et elle a été examinée au point de vue mental plusieurs fois au cours des différentes poursuites dont elle a été l'objet. Cinq médecins aliénistes l'ont soumise

successivement à une observation rigoureuse et ne sont pas tombés d'accord. Trois d'entre eux l'ont déclarée atteinte de kleptomanie et irresponsable, les deux autres ont été d'avis que sa responsabilité est mitigée.

Dans son rapport, le Dr Vallon raconte comment le professeur Joffroy avait été amené à considérer Mme Malmoune comme une simulatrice.

« Le défenseur de l'inculpé, dit-il, un avocat rayé depuis du tableau, lui avait passé les feuillets d'un livre résumant la question des obsessions et des impulsions, question qu'elle avait apprise par cœur. Il lui avait également enseigné à simuler les troubles de la sensibilité. En outre, l'individu qui s'était présenté au juge d'instruction, puis au médecin, comme étant son mari, n'était en réalité que le secrétaire de son défenseur. Tout ce qu'il avait dit sur sa conduite à elle, ses fugues, ses tares héréditaires était de toutes pièces inventé. Son défenseur avait usé de tonte cette stratégie pour éviter une condamnation qui pouvait entraîner la relégation contre sa cliente. »

A l'audience, Mme Malmoune continue de plaider la folie.

« Je ne sais plus ce que je fais, épargnez-moi, Messieurs les juges, je vous en supplie, et surtout ne prononcez pas contre moi la relégation ou du moins ce qui la remplace maintenant pour les femmes, l'interdiction de séjour, car alors je perdrais un ami qui m'entretient richement. »

Me Dessaigne, son nouveau défenseur, intervient pour demander au tribunal de tenir compte de la situation de sa cliente. Conformément aux conclusions du substitut Granié, le tribunal, présidé par M. Flory, condamne la prévenue à trois mois et un jour de prison et vingt ans d'interdiction de séjour. (*Le Temps*, numéro du samedi 19 août 1911.)

A quinze ans. — Mlle Jeanne S... est une gracieuse et jolie jeune fille de quinze ans, que ses parents — le père est professeur dans une école libre, la mère est ancienne élève des Arts décoratifs — ont entourée de toute leur affection et se sont efforcés de bien élever. Or, pour vol et vagabondage, elle comparaissait hier devant la 9e chambre correctionnelle, qui tenait son audience des mineurs. Elle avait disparu, le 10 juillet dernier, après avoir dérobé une somme de 550 francs au directeur de la pension à laquelle est attaché son père; puis, après avoir fait achat d'une élégante toilette et ample provision de poudre de riz et de fard, elle avait pris quelques leçons de chant et s'était lancée dans la galanterie. Elle avait été arrêtée le 10 août.

« Je me suis enfuie, dit-elle alors au juge d'instruction qui fut chargé de l'interroger, pour entrer au théâtre ou tout au moins pour « faire la fête ». Et comme mes parents contra-

riaient ma vocation, j'ai mis à profit la première occasion pour me rendre libre et suivre ma voie... »

Le magistrat instructeur n'hésita pas, devant cette explication, à faire procéder à son examen mental, et le Dr de Clérambault put rédiger sur son cas un volumineux rapport, dont quelques passages valent d'être cités. C'est d'abord la confession que lui a faite la jeune fille :

« J'aime par-dessus tout, lui a-t-elle dit, à me faire remarquer. J'adore les toilettes excentriques et le maquillage. Si j'aime le chant, c'est avant tout parce qu'il permet de se faire valoir. Le dessin, il est vrai, vous fait connaître ; le dessin est plus noble que le chant, mais il demande plus de travail. Il vous fait connaître tranquillement : ce n'est pas mon genre. Dans le dessin, une femme n'est pas obligée de faire la noce, tandis que dans le chant, ça, c'est réglé ! Oui, mais on est fêtée. Vous me dites qu'une robe extravagante fait remarquer une femme, mais en mal : je ne trouve pas cela. Cela dépend de la personne qui la porte...

« ...J'ai des besoins de mouvement qui me prennent subitement, comme une folie : courir, danser. Je suis pourtant d'humeur plutôt solitaire...

« Je rêve souvent de grandes émotions, comme faire du cheval. Non pas de naviguer, car la mer me fait trop peur. J'ai grand peur du noir et surtout peur des souris. Pourtant j'aimerais assez les lions (!) J'ai souvent songé que je serais bien couchée contre un fauve ; son contact me serait une volupté physique. La peur se mêlerait agréablement à une joie sensuelle, peut-être due à la fourrure...

« J'aime me maquiller et j'ai pensé à me faire tatouer... Quand j'aurai mes vingt et un ans, j'entrerai au café-concert et je ferai la noce ; ce sera ma façon de vivre ma vie. »

Et cette confession amène le Dr Clérambault à écrire :

« Nous rapprocherons notre jeune fille de l'héroïne d'une œuvre célèbre, d'un récit bien certainement vrai, et qui mériterait, à mes yeux, d'être commenté ligne par ligne, scientifiquement : c'est la perverse Manon Lescaut que nous voulons dire...

« Comme Manon, notre jeune échappée est frivole, incapable d'attention soutenue, donc de travail. Comme Manon, elle est inapte à comprendre la valeur d'une affection.

« Comme elle ne possède ni une volonté, ni du goût pour aucun travail, son avenir est pour nous certain, et elle ne se trompe pas en appelant la galanterie sa vocation. Contre un penchant aussi profond, rien ne peut être fait. Nos raisonnements et ses propres volontés seront aussi inutiles contre lui qu'ils le seraient contre l'épilepsie, si elle en était affectée.

« Vainement, un amant ou un mari se multiplierait-il auprès d'elle : il succomberait. Et aurait-il, présent, toujours le dernier mot, qu'à sa première absence d'une heure il serait remplacé... »

Le docteur concluait en demandant que Jeanne S..., « une dégénérée vraisemblablement hystérique », fût maintenue « enfermée sans discontinuité, jusqu'à sa majorité », afin de la protéger « contre sa faiblesse de volonté et sa suggestibilité ».

Les juges de la 9e Chambre ont pensé que la jeune fille pouvait trouver cette protection auprès des siens. En effet, après avoir entendu Me A. Borel, ils l'ont acquittée comme ayant agi sans discernement et l'ont remise à son père, qui la réclamait en s'engageant à la faire soigner et à la surveiller. (*Le Temps*, numéro du mercredi 20 septembre 1911.)

L'excuse. — Quand il fut arrêté, il y a quelques mois, pour avoir commis un vol au préjudice d'une fille galante qui lui avait donné une aimable hospitalité, le garçon de café Barinier plaida coupable, mais sous réserves.

— J'ai eu, dit-il au commissaire de police, l'avarie il y a cinq ans, et depuis cette époque, souffrant de maux de tête effroyables, je ne sais pas toujours ce que je fais!

Et bientôt, de la prison de la Santé où il avait été mis sous mandat de dépôt, il demandait, par lettre au procureur de la République, qu'un spécialiste fût chargé de l'examiner.

« Ainsi je prouverai à la justice que, parfois, je ne suis pas responsable de ma personne, atteint d'une maladie grave, parfois mentale, qui me détourne de l'honnêteté et me fait commettre des fautes. Ce n'est pas dans mon dessein de faire aucun mal. Dieu m'en est témoin! Si sa divine bonté voulait aujourd'hui, en ma faveur, vous faire connaître mon âme, repentante de sa grande faute et des larmes que je répands à l'aspect des grilles de fer, vous auriez pitié de moi, monsieur. Au nom de Dieu qui vous éclaire, que votre justice courroucée daigne s'apaiser sur mon repentir, sur ma misère, sur mes pleurs! Un jour, Dieu vous récompensera de votre humanité! »

Barinier, dont la responsabilité est très atténuée, a dit le spécialiste que le parquet avait chargé d'un rapport, a été condamné hier, par la 9e chambre correctionnelle, à six semaines de prison. Me Etienne Pothion avait présenté sa défense. (*Le Temps*, numéro du vendredi 22 septembre 1911.)

Responsable, mais peu intelligent. — Un jeune garçon de café, Louis Chauveau, avait à répondre hier, devant les juges de la 11e Chambre correctionnelle, d'un banal abus de confiance, et l'affaire ne vaudrait pas d'être relevée si elle ne contenait un détail intéressant. Dès son arrestation, Louis Chauveau a soutenu qu'il était irresponsable, et, pour en avoir le cœur net, le

parquet le fit examiner par le Dr Legras qui a pu dire dans son rapport :

« Chauveau prétend qu'il lui manque quelque chose, et il en donne notamment cette preuve : « Un jour, dit-il, je passais « sur le pont de Billancourt, quand un homme se jeta dans « la Seine, en présence de plusieurs personnes, dont aucune « ne bougea, tandis que moi, je me jetai à l'eau. Je ne pus d'ail- « leurs que rapporter la casquette du suicidé. Cela prouve bien « que je ne réfléchis pas, car je pouvais me noyer... »

Le docteur Legras a trouvé le raisonnement de Chauveau, qui sait nager, plutôt faible et décelant chez lui une intelligence peu développée...

Les juges ont condamné le garçon de café à deux mois de prison. (*Le Temps*, numéro du jeudi 28 septembre 1911.)

FAITS DIVERS

Six mois d'anesthésie. — Notre correspondant de Montpellier nous télégraphie que, le 14 janvier 1911, le nommé Emile Gautrand, cultivateur à Maureilhan, né à Castelna (Tarn), âgé de vingt ans, se présentait à la visite de l'hôpital mixte de Béziers, où il était admis et reconnu atteint de la fièvre typhoïde. Cette maladie dura environ un mois. Lorsque la convalescence arriva, Gautrand, qui continuait cependant à avoir une température élevée, tomba dans un profond sommeil dont rien ne pouvait le tirer. Tout son corps présentait une insensibilité complète au toucher ; l'anesthésie était parfaite, à tel point qu'on pouvait traverser les chairs avec une aiguille sans provoquer aucune protestation ni aucun mouvement. Les fonctions générales de la vie étaient cependant conservées. Ce cultivateur se nourrissait parfaitemnent de trois litres de lait qu'on lui faisait boire quotidiennement au biberon. L'usage de la parole était aboli, mais le sujet, après avoir été fortement secoué, entendait les appels du docteur le priant de tirer la langue ou de donner la main. Egalement, par des sons gutturaux inarticulés, Gautrand, à heures fixes, se faisait comprendre par les infirmières, pour demander de la nourriture.

En août, l'anesthésie disparut. Le Dr Vabre, médecin en chef de l'hôpital, dans le service duquel était placé le dormeur, pronostiqua un réveil prochain. Quelques jours plus tard, une infirmière qui servait au malade sa ration de lait perçut distinctement ces mots : « C'est trop chaud. » Gautrand, s'enferma dans un nouveau mutisme. Peu à peu l'état général s'améliora, et, depuis hier, le dormeur endurci a retrouvé l'usage de tous ses sens : il dort, mange, se lève, marche, n'ayant gardé

de sa longue période de sommeil qu'un air d'égarement qui disparaîtra sans doute à la longue.

Il n'a pas du tout conscience de ce qui s'est passé autour de lui pendant ces six mois. Il a engraissé de plusieurs kilos. (*Le Temps*, numéro du samedi 9 septembre 1911.)

Congrès des psychiatres de Moscou. — On lit dans *Le Temps* du mardi 19 septembre 1911 :

Hier s'est ouvert à Moscou le congrès des psychiatres et neurologistes. Après un mordant discours du professeur Serbsky contre le gouvernement, la police présente à la séance l'a close.

PRIX DE LA SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Année 1912.

Prix Aubanel. — 1.000 francs. — Question : *Troubles psychiques au cours des polynévrites.*

Prix Belhomme. — 900 francs. — *Du rôle comparatif de la syphilis et de l'alcoolisme dans la genèse de l'idiotie.*

Prix Christian. — 300 francs. — Ce prix est attribué chaque année par le Bureau de la Société donataire à un interne des asiles d'aliénés de Paris ou de la province, momentanément gêné, soit pour terminer ses études, soit pour payer sa thèse (1).

Prix Esquirol. — Ce prix, d'une valeur de 200 francs, plus les œuvres de Baillarger, sera décerné au meilleur mémoire manuscrit sur un point de pathologie mentale.

---

(1) *Règlement du prix Christian.* — Article premier. — Les internes des asiles publics de France, candidats au prix Christian, devront :

1° Etre de nationalité française;

2° Justifier de leur état de gêne momentané par la production d'une attestation du médecin chef du service où ils sont internes;

3° Faire parvenir au secrétaire général de la Société médico-psychologique une copie du manuscrit de leur thèse.

Art. 2. — Le candidat désigné par le Bureau recevra le montant du prix après l'envoi au trésorier de la Société médico-psychologique de deux exemplaires de Faculté de sa thèse.

Art. 3. — Dans le cas où le prix ne serait pas décerné une année, le montant en sera reporté à l'année suivante et le Bureau pourra, s'il y a lieu, décerner plusieurs prix.

Année 1913.

Prix Christian. — 300 francs. — Ce prix est attribué chaque année par le Bureau de la Société donataire à un interne des asiles d'aliénés de Paris ou de province momentanément gêné, soit pour terminer ses études, soit pour payer sa thèse.

Prix Esquirol. — Ce prix, d'une valeur de 200 francs, plus les œuvres de Baillarger, sera décerné au meilleur mémoire manuscrit sur un point de pathologie mentale.

Prix Moreau (de Tours). — 200 francs. — Ce prix sera décerné au meilleur mémoire manuscrit ou imprimé, ou bien à la meilleure des thèses inaugurales soutenues en 1909 et 1910, dans les Facultés de médecine de France, sur un sujet de pathologie mentale et nerveuse.

Nota. — Les mémoires, manuscrits ou imprimés, devront être déposés le 31 décembre 1911 pour les prix à décerner en 1912, et le 31 décembre 1912 pour les prix à décerner en 1913, au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris, ou chez M. le Dr Ant. Ritti, secrétaire général de la Société médico-psychologique, 68, boulevard Exelmans, Paris-Auteuil. Les mémoires manuscrits devront être inédits et n'avoir pas obtenu de prix dans une autre Société; ils pourront être signés. Ceux qui ne seront pas signés devront être accompagnés d'un pli cacheté avec devise, contenant les noms et adresses des auteurs.

TABLE DES MATIÈRES

CONTENUES DANS LE XIVe VOLUME DE LA NEUVIÈME SÉRIE

PREMIÈRE PARTIE

MÉMOIRES ORIGINAUX OU TRADUITS

I. — Chronique.

PAGES

Le XXIe Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française (Amiens, août 1911); par le Dr Roger Dupouy 177

II. — Pathologie.

Le vagabondage constitutionnel des dégénérés; par le Dr Mairet. 5, 215 et 353

L'asthénie post-douloureuse et les dysthénies périodiques (psychose périodique) (*suite et fin*); par le Dr J. Tastevin. 18

De la paralysie générale et de la tabo-paralysie conjugales dans le département du Nord (1871-1909) (*suite et fin*); par les Drs Hannard et Gayet 36

La confusion mentale et ses associations; par le Dr Henry Demaye. 250

Contribution à l'étude de la folie dans la race noire; par le Dr Franco da Rocha 373

Sur une forme d'épilepsie convulsive permanente, en fonction directe de l'alcoolisme chronique. L'épilepsie alcoolique constitutionnelle; par le Dr Soutzo fils 383

Note sur la sidération par la douleur; par le Dr Chatelain. . . . 398

III. — Médecine légale.

Déséquilibration mentale et divorce. Affaire Par... Rapport médico-légal. Jugement; par le Dr Régis. 59

IV. — Établissements d'aliénés.

Documents d'outre-mer : Des infirmières dans les quartiers d'hommes aliénés. Traitement des phases aiguës de l'aliénation mentale par l'alitement en plein air; par le Dr Edmond Cornu. 84

V. — Revue critique.

Les invalides moraux; par le Dr Paul Guiraud 399

DEUXIÈME PARTIE

REVUE FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE

I. — Société médico-psychologique.

PAGES

Séance du 24 *avril* 1911. — A propos dn procès-verbal : MM. Sérieux, Vallon, Ritti. — Correspondance et présentation d'ouvrages : MM. Boissier, Jnqnelier, Mignot, Conso, Salerni, Friedländer, Charvay, Sérieux. — Rapport de M. Vnrpas sur la candidatnre de M. Barbé; élection. — Le service militaire des dégénérés et des débiles moraux, par M. G. Beaussart. Discussion : MM. Vigouroux, Colin, Pactet, Blin, de Clérambault, Arnand 96

Séance du 29 *mai* 1911. — Correspondance et présentation d'ouvrages : MM. de Clérambault, Vigouroux, Bonnet, Barbé. Gross, Hübner, Mlle Pascal. — Déclaration de vacance d'une place de membre titulaire. — Rapport de M. de Clérambault sur la candidature de M. Friedländer; élection. — Divorce pour canse d'aliénation mentale d'après la jurisprndence allemande (article 1869 dn nonveau Code civil), par M. Trénel. Discussion : MM. Jnquelier, Arnand, Trénel, Lwoff, Piéron, Ballet. 260

Séance du 26 *juin* 1911. — Correspondance et présentation d'onvrages : MM. Sérieux, Friedländer, René Charpentier, Lucangeli, Charon, Warmotte, Klippel. — Rapport de M. Dupain sur la candidature de Mlle Pascal; élection. — Rapport de la Commission du prix Esquirol : M. Trnelle. — Rapport de la Commission dn prix Moreau (de Tours) : M. de Clérambault. — Rapport de la Commission du prix Semelaigne : M. Rogues de Fursac. — Manie périodique guérie, par M. Vigonroux. Discussion : MM. Arnand, Vigouroux, Lwoff, Séglas, Klippel. — Récidives éloignées de la manie et de la mélancolie, par M. Roger Dnpouy. Discnssion : MM. Leroy, Séglas, Briand. — Un nonveau traitement dn morphinisme par la méthode euphorique. Rôle prépondérant des vaso-moteurs. A propos de la kentomanie (manie de la piqûre), par M. A. Morel-Lavallée. 291

Séance du 31 *juillet* 1911. — Correspondance et présentation d'onvrages : Mlle Pascal, MM. Ameline, Beaussart, Roger Dupony, Genil-Perrin, Erwin Stransky. — Mort de MM. Charpentier et Doutrebente : M. Sérieux. — Rapport de M. Capgras snr la candidature de M. René Charpentier; élection. — Rapport de M. Ritti sur la candidature de M. Lucangeli; élection. — Saint-Pierre Dutailli, frère de Bernardin de Saint-Pierre. Etude médico-psychologique, par M. Lucien Libert. — Des tronbles gastriqnes an début des accès maniaco-dépressifs, par M. Arsimoles. Discussion : MM. Vigouroux, Arsimoles. 411

II. — Revue des journaux de médecine.

SOCIÉTÉS SAVANTES (1911).

(Anal. par le Dr Roger Dupouy.)

Accès maniaque chez une femme nonvellement acconchée 441
Les aliénés dans l'armée 441
Une mystique thérapente. 442

PAGES
Paralysie générale juvénile chez une jeune fille de dix-neuf ans. 442
Rémission incomplète au cours de la paralysie générale . 443 et 445
Aphasie sensorielle avec anarthrie et syndrome pseudo-bulbaire. Intégrité presque complète des facultés intellectuelles sept ans après le début de l'affection 443
Déficit intellectuel chez deux psychoses de Korsakoff anciennes. 443
Interprétations délirantes et idées de persécution chez une déséquilibrée 443
Paralysie générale associée 444
Paralysie générale et tabes conjugal 444
Un cas d'apraxie 445
Un cas de maladie de Dercum 445
Un suicide chez un paralytique général 445
Du danger pour les épileptiques de s'endormir dans le décubitus abdominal. Considérations médico-légales 446
Les aliénés au Maroc. Moristans et prisons. Moyens de contrainte. 446
Symbolisme dans une psychose interprétative 447
Délire mystique et ambitieux chez une débile (longue période latente avant l'internement) 447
Troubles mentaux récidivants chez deux sœurs 448
Délire de persécution et de grandeur à teinte mystique 448
Syndrome paralytique au cours de l'épilepsie 449
Un débile simulateur 449
Etude de l'état mental de deux aphasiques (affaiblissement partiel des facultés sans démence globale) 449
Alcoolique et épileptique à réactions dangereuses 450
Un cas d'acromégalie chez un imbécile 450
Kystes hydatiques du cerveau, du foie et du rein chez différents malades 450
Obsessions et mélancolie chez un vagabond à internements multiples (absence de tendances nocives) 451
Paralysie générale sénile 452
Débilité morale avec simulation surajoutée ou démence précoce . . 452
Spirochètes et trypanosomes 452
Dyskinésie professionnelle chez un facteur 453
Lésions des neurofibrilles du cervelet chez les paralytiques généraux 454
Simulation d'un délire de grandeur par un débile 455
Démence précoce ou psychose périodique 456
Paralysie générale précoce 456
De la psychothérapie dans les maladies mentales 457
A propos des fausses cénesthopathies 458
Ecrits d'une démente précoce 458
Hérédo-syphilis. Tabes fruste avec diminution intellectuelle . . . 460
Démence et hémi-parésie par ramollissements multiples d'origine syphilitique simulant la paralysie générale 460
Paralysie générale à début mélancolique 461
Hallucinations visuelles persistantes dans un cas de confusion mentale 462
Débilité morale avec obsessions-impulsions multiples et idées fixes post-oniriques 463

JOURNAUX FRANÇAIS (1909).

(Anal. par le Dr A. Albès.)

Aphasie, langage intérieur et localisations 464
Un cas de paralysie générale juvénile 464

PAGES
Les causes d'épuisement nerveux et d'amaigrissement chez les épileptiques 464
Les indications thérapeutiques dans le traitement de l'insomnie. 464
Le tabagisme 465
Les troubles mentaux de la sclérose en plaques. 465
La manie aiguë 465
L'anorexie mentale. 465
Etude psychologique sur l'habitude de la morphine et son traitement 466

JOURNAUX BELGES (1911)

(Anal. par le Dr A. Albès.)

Un cas de tumeur de l'hypophyse sans acromégalie. Troubles mentaux et sommeil pathologique. 466
Les yeux pendant l'attaque d'épilepsie 467
De la soi-disant paranoïa. 467
L'imitation dans la psychogenèse du mouvement et du langage. . 468
Traumatisme et aliénation mentale chez les militaires 469
La nouvelle hystérie. Emotion. Suggestion. Incitation. Simulation. 470

JOURNAUX ITALIENS (1907).

(Anal. par le Dr L. Lagriffe.)

Déficients et mentalité. 132
Sur la fine organisation du système nerveux. 134
L'alcalinité du sang chez les épileptiques. 134
Sur quelques anomalies de développement des fibres nerveuses centrales. 135
A propos d'un délire paranoïde chez une démente précoce 136
Sur la nature et sur l'unité des psychoses dites affectives. 137
Endothéliome de la base du crâne 137
Les altérations du sang considérées spécialement dans les maladies mentales. 137
Morphino-cocaïnisme 138
Cytophagie et cytolyse dans le tissu nerveux. 139
Hématome sus-arachnoïdien chez un dégénéré alcoolique. 139
Sur la sensibilité hygrique de Tamburini et sur ses troubles.. . . 140
Le délinquant fou moral devant le Code pénal actuel 140
La méthode de Flechsig dans le traitement de l'épilepsie avec infection malarienne 141
Contribution à l'étude du fonctionnement hépatique dans la démence précoce.. 141
La véritable valeur de l'œuvre de Kraepelin. 142
La synthèse clinique de Kraepelin examinée sous le point de vue de l'histoire de la médecine. 142
Note médico-légale à l'occasion d'un cas d'homicide par imprudence. 143
Le noyau moteur du trijumeau dans le mésencéphale des oiseaux, « le ganglion ectomamillaire ». 143

JOURNAUX ANGLAIS (1908-1909)

(Anal. par les Drs Cullerre et Cornu.)

Observations de l'indice obsonique chez les aliénés et chez différents organismes témoins 472
Le récidivisme au point de vue social et psychologique 472
Quelques notes sur l'état de mal épileptique et son traitement . . 474

PAGES
Traitement des psychoses aiguës par le repos au lit et en plein air. 474
Un cas de narcolepsie 474
Trois cas de paralysie générale juvénile 474
La menstruation chez les aliénées 474
Manie aiguë consécutive à l'anesthésie générale par l'éther. . . . 474
Symptômes et étiologie de la manie 474
L'unité de la folie comme base d'une classification. 476
Résultats pratiques donnés par les injections de tuberculine . . . 476
De l'accès de mélancolie 477
Notes statistiques sur les fous criminels à l'asile de Punjab . . . 477
Amentia et démence 478
Observations sur les formes bénignes de trouble mental chez les vieillards, pathologie et traitement. 479
Philosophie de la psychiatrie 479
Les récréations des infirmières d'aliénés 480
Démence précoce et dégénérescence mentale en Syrie 480
Observations sur le traitement hospitalier des épileptiques aliénés. 481
Quelques observations à propos de la folie chez les Juifs. 481
L'assistance des aliénés chez les particuliers 481
Paralysie générale chez le père, la mère et le fils. 482
Un cas de crétinisme. 482
Des bases physiques de l'esprit 482
Quelques observations nouvelles à propos de l'hypothèse des thromboses capillaires, envisagées comme causes de l'attaque épileptique 482
La question de la démence précoce. . . . . 483, 484 et 490
Leucocytose, ses rapports avec les troubles mentaux aigus et sa signification 484
Quelques aspects de l'alcoolisme. 485
Les principes du traitement de l'épilepsie. 487
Du traitement de la morphinomanie et de l'alcoolisme par l'atropine. 487
Méningite gonococcique 487
De la présence des cylindraxes dans cinq cas de gliome cérébral. 488
Un cas de tabes sacré avec nécropsie. 488
L'albumine dans le liquide cérébro-spinal des paralytiques généraux 488
Note sur la distribution géographique du tabes. 489

III. — Bibliographie.

L'ivrognerie héréditaire avec remarques spéciales sur la dipsomanie; par le prof. J. Donath (Anal. par le Dr Adam) 144
Recherches histologiques sur le système nerveux central des descendants d'animaux soumis à l'intoxication alcoolique chronique; par le Dr Manlio Ferrari (Anal. par le Dr Adam) 146
Le portrait parlé, ou description verbale de la physionomie humaine; par le Dr Antonio Lecha-Marzo (Anal. par le Dr Arsimoles). . 148
Les deux aspects d'Arthur Rimbaud; par le Dr L. Lagriffe (Anal. par le Dr Roger Dupouy). 149
Trente-sixième rapport annuel du sanatorium de Cincinnati (Anal. par le Dr Ed. Cornu) 150
Soixante-neuvième rapport annuel de l'asile royal Crichton, à Dumfries (Anal. par le Dr Ed. Cornu) 150
Les symptômes mentaux des maladies cérébrales; indication du traitement chirurgical de la folie provoquée par les blessures, l'hémorragie, les tumeurs et autres lésions circonscrites du cerveau; par le Dr Bernard Hollander (Anal. par le Dr Cullerre). . 326
Projet du nouvel asile de Syracuse; par le professeur G. Antonini et G. B. Cantarutti (Anal. par le Dr Lagriffe) 491

PAGES

Les phases de l'évolution et de l'hérédité ; par le Dr David Berry Hart (Anal. par le Dr Cullerre) 493
Traitement des psychonévroses par la rééducation du contrôle cérébral ; par le Dr Roger Vittoz (Anal. par le Dr Cullerre). . . . 495
Rapport annuel sur le fonctionnement de l'asile d'Alexandrie (1909-1910) ; par le Dr Frigerio (Anal. par le Dr L. Lagriffe). . 496
L'école dans la lutte antialcoolique ; par le Dr Victor Delfino (Anal. par le Dr Arsimoles). 497
La tuberculose dans l'étiologie de l'épilepsie ; par le Dr Lecha-Marzo (Anal. par le Dr Arsimoles). 497
La syphilis dans la descendance. Hygiène des hérédo-syphilitiques ; par le Dr Lecha-Marzo (Anal. par le Dr Arsimoles). 498
Démence catatonique et paranoïde ; par le professeur Bernardo Etchepare (Anal. par le Dr Arsimoles). 498
Note pour une expertise de psychiatrie médico-légale sur un cas de paralysie générale à la période démentielle ; par le Dr Fernando Bravo y Moreno (Anal. par le Dr Arsimoles). 499

Bulletin bibliographique . . . . . 153, 337 et 499

Association mutuelle des médecins aliénistes de France. — Assemblée générale du 24 avril 1911 156

IV. — Variétés.

Nominations et promotions : MM. Privat de Fortunié, Dupony, Diday, Cuvelier, Chèze, Croustel, Cornu, Benon, Latapie, Frison, Lanor, Vallet, Mmes Divry, Béraud, Lanqueteau, Tonssaint, Caillot, Anberger.—Nécrologie : Dr Boëtean.—Concours de 1911 pour l'emploi de médecin-adjoint des asiles d'aliénés et pour l'aptitude aux fonctions de médecin d'asile privé. — Création de deux chaires, l'une de psychiatrie, l'autre de neurologie, à la Faculté de médecine de Porto (Portugal). — Tribunaux. — Les aliénés en liberté (*suite*). — Faits divers. — Congrès des aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française. XXIe Session. Amiens, août 1911. Programme des travaux et excursions. 166
Nominations et promotions : MM. Gex, Albès, Arsimoles, Courbon, Robert, Olivier, Bécue, Latapie, Mézie, Dalmas, Ducosté, Rougeau, Gimbal, Maupaté, Simonet, Barbé, Hannard, Viollet, Pasturel, Froissard, Hamel, Charpenel, Pierret, Boudon, Lévy-Valensi, Tinel, Raviart, Mme Long. — Nécrologie : Eug. Charpentier, G. Dontrebente, A. Bodros, E. Marfaing.— Les aliénés en liberté (*suite*). — Faits divers. — Prix de la Société médico-psychologique. Années 1912 et 1913 329
Nominations et promotions : MM. Guirand, Bouleau, Bourilhet, Coulonjon, Dumaz, Mercier, Nolé, Vernet, Brissot, Pezet, Boidard, Rogues de Fursac, Perrens, Bouleau, Sabail, Cacaud. — Nécrologie : Daniel Brunet, Alfred Binet, Piettre. — Les asiles d'aliénés. — Les aliénés en liberté (*suite*). — Conseil d'Etat. — Tribunaux. — Faits divers. — Prix de la Société médico-psychologique. Années 1912 et 1913 503

Table des matières du tome XIII de la 9e série. 523

Le rédacteur en chef-gérant : Ant. Ritti.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.